

MEDICINA DENTARA

- propuneri intrebari -

Tema nr. 1

Anestezia in medicina dentara

Bibliografie asociata temei:

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero -
Compendiu de chirurgie oro-maxilo-faciala, vol. 1 si
2, Editura Q Med Publishing, Bucuresti, 2009.
pag. 6-53

* 1 Care din substantele anestezice enumerate mai jos face parte din grupa derivatilor esterici:

- ☒ A. Procaina (Novocaina)
- B. Bupivacaina
- C. Hostacaina
- D. Articaina
- E. Mepivacaina

(pag. 6)

* 2 Care este anestezia locala in care se obtine anestezia dintelui dar nu si a partilor moi:

- A. anestezia topica
- B. anestezia locala prin infiltratie
- C. anestezia tronculara-periferica
- D. anestezia bazala
- ☒ E. anestezia intraligamentara

(pag. 22)

* 3 Anestezia topica se poate folosi pentru anestezia nervului:

- ☒ A. lingual, in santul mandibulo –lingual , in dreptul molarului de minte
- B. alveolar supero-anterior
- C. mentonier
- D. incisiv
- E. alveolar inferior

(pag. 19)

* 4 Reperele pentru anestezia „la tuberozitate” sunt:

- ☒ A. creasta zigomato-alveolara
- B. radacina meziala a molarului de 6 ani
- C. mucoasa fixa
- D. creasta temporală
- E. creasta temporo-zigomatica

(pag. 24)

* 5 Care este teritoriul anesteziat obtinut dupa anestezia nervului nazo-palatin:

- ☒ A. treimea anterioara a fibromucoasei palatine
- B. cele doua treimi posterioare ale fibromucoasei palatine
- C. gingia palatina din dreptul molarilor superiori
- D. septul nazal , baza si aripa nasului
- E. podeaua nazala si celulele etmoidale

(pag. 25)

6 Anestezia locala prin iniltratie este:

- A. anestezia topica
- ☒ B. anestezia submucoasa
- ☒ C. anestezia intradermica
- ☒ D. anestezia subcutanata „in straturi”
- ☒ E. anestezia subcutanata „in baraj”

(pag. 20)

7 Anestezia tronculara periferica se adreseaza:

- A. unui singur dinte
- B. filetelor nervoase terminale
- C. numai pulpei dentare , ligamentelor alveolo-dentare, gingie , os alveolar
- ☒ D. unui trunchi nervos si ramurilor sale
- ☒ E. si partilor moi inervate de trunchiul nervos anesteziat

(pag. 23)

8 Pentru anestezia nervului palatin anterior se folosesc urmatoarele repere:

- ☒ A. ultimul molar la 1cm deasupra coletului
- ☒ B. la 1 cm inaintea carligului aripii interne a apofizei pterigoide
- C. santul palatin in dreptul molarului unu
- D. papila incisiva
- E. gaura incisiva

(pag. 26-27)

9 Anestezia nervului alveolar supero-anterior – teritoriul anesteziat:

- ☒ A. dintii frontali superiori (IC,IL,C)
- ☒ B. mucoasa vestibulara si periostul in aceasta zona
- ☒ C. peretele anterior al sinusului maxilar si mucoasa care il tapeteaza
- D. toata buza superioara
- ☒ E. aripa nasului

(pag. 28)

10 Anestezia nervului alveolar inferior- repere:

- A.** creasta temporală situată medial și posterior de marginea anterioară a ramului mandibular
- B.** plica pterigomandibulară
- C.** planul de ocluzie al molarilor inferiori
- D. creasta temporală situată exterior și posterior de marginea posterioară a ramului mandibular
- E. planul de ocluzie al dinților superiori

(pag. 29)

11 Care sunt afirmațiile corecte în ceea ce privește tehnica de anestezie George Gaw – Gates:

- A.** direcția acului este înapoi și înafară
- B.** punctia se realizează în mucoasa obrazului
- C.** acul patrunde în profunzime 3-3,5cm
- D.** sunt anesteziați nervul alveolar inferior, nervul lingual, nervul bucal și nervul auriculo-temporal
- E. sunt anesteziați nervul alveolar inferior, nervul lingual, nervul bucal

(pag. 30)

12 Care sunt afirmațiile corecte în ceea ce privește tehnica de anestezie Veisbrem :

- A.** sunt anesteziați nervul alveolar inferior, nervul lingual, nervul bucal
- B.** punctia anestezică se poate practica la 1,5 cm deasupra planului de ocluzie al molarilor inferiori
- C. sunt anesteziați nervul alveolar inferior, nervul lingual, nervul bucal, nervul maseterin
- D.** direcția acului este perpendiculară pe planul mucos
- E.** acul patrunde 1,5 cm și ia contact cu planul osos la nivelul tuberozității mandibulare

(pag. 30)

13 Nervul bucal:

- A.** inervează gingia vestibulară de la gaura mentonieră înapoi
- B.** este o anestezie de completare a anesteziei la Spix
- C.** substanța anestezică este injectată submucos, în vestibulul inferior
- D. inervează planșeul bucal
- E. inervează lobulul urechei

(pag. 31)

14 Anestezia nervului mentonier și incisiv:

- A.** se anesteziază dinții frontali inferiori de partea cu anestezia
- B.** anestezia se face în gaura mentonieră
- C.** direcția acului este oblică în jos, înăuntru și înainte
- D.** punctia se practică în mucoasa mobilă, în dreptul radacinei meziale a primului molar inferior
- E. sunt anesteziați și premolarii inferiori

(pag. 32)

15 Complicațiile locale ale anesteziei loco-regionale:

- A.** necroza mucoasei
- B. durerea
- C.** trismus
- D. tulburări oculare
- E.** alveolita postextracțională

(pag. 39)

16 Sincopa vaso-vagală

- A.** se descriu două stadii- presincope și sincope
- B.** în stadiul presincope apare paloarea facială, greață, căscat, hiperventilație
- C.** în stadiul sincope apare pierderea bruscă și tranzitorie a stării de conștiență
- D. pierderea conștienței este manifestarea clinică a bunei oxigenări la nivel cerebral
- E.** conduita terapeutică va avea ca obiectiv îmbunătățirea până la normalizare a irigației și oxigenării cerebrale

(pag. 43)

17 Manifestările clinice ale alergiei sunt:

- A.** prurit
- B.** eritem
- C.** angioedem
- D.** dispnee cu wheezing
- E. hipertensiune arterială

(pag. 45)

18 Accident general hipoglicemic –tablou clinic

- A.** senzație acută de foame
- B.** confuzie mentală, letargie
- C.** greață și creșterea motilității gastrice
- D. creștere capacității la efort
- E. hipertensiune arterială

(pag. 50)

19 Gaura infraorbitala este situata:

- A.** la 6-8 mm sub rebordul orbital inferior
- B.** la unirea celor 2/3 externe cu 1/3 interna a marginii infraorbitale
- C. pe aceeași linie cu gaura mandibulară
- D.** la 5 mm înăuntrul liniei verticale mediopupulare
- E.** pe linia verticală ce trece între cei doi premolari superiori

(pag. 28)

20 Anestezia nervului nazo-palatin

- A. se indică în asociere cu anestezia dinților supero-mijlocii
- B.** punctia anestezică se face la nivelul papilei incisive
- C.** nervul se poate anestezia prin imbibitie
- D.** gaura incisivă se află pe linia mediană, între incisivii centrali superiori
- E.** gaura incisivă se află la 0,5cm înăpoia și deasupra coletului incisivilor centrali superiori

(pag. 25-26)

21 Din punct de vedere al structurii chimice, anestezicele locale se încadrează în următoarele categorii:

- A.** Esteri ai acidului paraaminobenzoic
- B. Amine
- C.** Amide
- D. Chinolone
- E.** Chinoline

(pag. 6)

22 Articaina este contraindicată la:

- A. Gravide
- B.** Pacienți cunoscuți cu deficit de colinesterază plasmatică
- C.** Pacienți cu tulburări de conducere atrio-ventriculară severă
- D.** Porfirie acută recurentă
- E. Pacienți în vârstă sau/si cu afecțiuni cardiace, hepatice sau renale

(pag. 13)

23 Anestezia plexală în medicina dentară și chirurgia oro-maxilo-facială este frecvent folosită pentru:

- A. Incizia abceselor spațiilor superficiale
- B.** Extracții dentare
- C.** Inserarea implanturilor dentare
- D. Excizia unor formațiuni tegumentare de mici dimensiuni
- E. Corectarea unor defecte postexcizionale tegumentare

(pag. 20-21)

Tema nr. 2

Extractia dentara

Bibliografie asociată temei:

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero - Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială, vol. 1 și 2, Editura Q Med Publishing, București, 2009. pag. 64-102

*** 1 Contraindicațiile relative generale ale extracției dentare pot fi:**

- A. boli cardiovasculare cu risc mediu
- B.** tratamente anticoagulante
- C. tulburări urinare
- D. colecistită
- E. abcese perimandibulare

(pag. 66)

*** 2 Recomandări după extracția dentară simplă:**

- A. Se menține pansamentul supraalveolar timp de 2 ore
- B. Se pot face clătiri ușoare cu soluții de antiseptice după îndepărtarea pansamentului supraalveolar
- C. Spălătul dinților este permis a se începe în aceeași zi cu extracția
- D.** Edemul postoperator poate fi redus folosind un prnisit rece aplicat pe obraz în zona extracției
- E. Se instituie obligatoriu antibioterapie

(pag. 66)

*** 3 Fractura tuberozității maxilare**

- A. Este un accident ce survine frecvent în timpul extracției oricărui molar superior
- B. Dacă fragmentul osos rămâne atașat de periost se îndepărtează chirurgical
- C. Defectul se închide prin sutură secundară a mucoasei acoperitoare
- D.** Se pot produce comunicări oro-sinusale largi
- E. Dacă dintele și țesutul osos formează corp comun se îndepărtează împreună.

(pag. 66)

*** 4 Lezarea n. lingual în timpul extracției molarilor inferiori**

- A. Apare frecvent în cazurile extracției molarului de minte
- B. Tulburările nu afectează foarte mult pacientul
- C. Se evită rezecția corticalei vestibulare pentru a nu leza n. lingual
- D. Trepanarea osoasă se face cât mai mult la nivelul corticalei linguale
- E.** Recuperarea spontană în urma lezării nervului este mult mai puțin probabilă

(pag. 66)

*** 5 Extractia molarului 2 superior:**

- A. Morfologia molarului 2 este similara cu cea a molarului 3 superior
- B. Radacinile sunt mai lungi si mai putin divergente ca la molarul unu superior
- C. Tehnica este aceasi ca la toti molarii superiori
- D. Instrumentarul folosit este similar celui utilizat pentru extractia molarului 3 superior

E. Este extras mai usor decat molarul unu superior
(pag. 66)

6 Contraindicatii locale ale extractiei dentare sunt:

- A.** Leziuni locale ale mucoasei orale
- B.** Sinuzita maxilara rinogena
- C. Boli cardiovasculare
- D. Procese supurative cronice

E. Procese supurative acute
(pag. 66)

7 In cazul pacientilor care urmeaza tratamente anticoagulante:

- A.** Prezinta un risc major de sangerare masiva
- B. Extractia se practica doar la INR <2.5
- C. Sutura plagii postextractionale nu este obligatorie
- D.** Se recomanda aplicarea unei placi de protectie ce se mentine 48-72 de ore
- E. Se reia medicatia anticoagulanta a 3 a zi dupa extractie

(pag. 66)

8 Extractia incisivilor superiori:

- A. Osul alveolar prezinta o grosime mai redusa palatinal
- B.** Decolarea gingivo-mucoasei are rol de a mari dimensiunile coroanei clinice a dintelui
- C. Se aplica mai intai falca vestibulara a clestelui, dupa care falca palatinala
- D.** Luxarea dintelui se realizeaza in sens vestibulo-oral
- E. Miscarile de rotatie nu sunt indicate a se aplica

(pag. 66)

9 Chiuretajul alveolei postextractionale:

- A. Nu este indicat dupa extractii simple
- B.** Indeparteaza tesuturile patologice restante
- C.** chiuretajul fundului alveolei se face cu presiune bine dozata
- D. Se face cu o chiureta dreapta la mandibula sau una curba la maxilar

E. Este indicat dupa orice extractie dentara
(pag. 66)

10 Sutura postextractionala:

- A. este obligatorie dupa orice extractie
- B.** se recomanda si in cazul extractiilor simple
- C. daca marginile plagii nu se pot afrenta in totalitate nu se face sutura
- D.** sutura protejeaza chiagul alveolar
- E.** dirijeaza cicatrizarea

(pag. 66)

11 Extractia premolarului 1 superior:

- A. premolarul 1 superior are frecvent o radacina si mai rar doua radacini
- B.** corticala vestibulara este mai sbtire decat cea palatinala
- C.** luxarea se face in sens vestibulo-oral
- D. dintele va fi extras prin tractiune in sens ocluzal si usor palatinal

E. clestele se aplica cat mai apical
(pag. 66)

12 Extractia caninului superior:

- A.** Radacina caninului determina prezenta eminentei canine
- B. frecvent corticala palatinala este subtire
- C. decolarea gingivo-mucoasei se face cu ajutorul elevatorului sau sindesmotomului curb
- D. o complicatie a extractiei este fracturarea unei portiuni din corticala palatinala
- E.** dupa luxatie, dintele este tractionat pe o directie vestibulo-incizala

(pag. 66)

13 Extractia molarului de minte superior erupt pe arcada:

- A. are de obicei radacinile divergente
- B.** este extras cu clesti speciali pentru molari de minte superiori
- C. este extras cu clesti speciali pentru molari de minte superiori
- D.** frecvent extractia se face doar cu elevatoarele
- E.** fractura tuberozitatii este mai mica daca se foloseste elevatorul curb pentru extractia molarilor de minte superiori

(pag. 66)

14 Extractia molarului de minte mandibular erupt:

- A.** are de obicei radacini conice, fuzionate
- B. osul alveolar este mai subtire vestibular
- C.** osul alveolar prezinta o mare duritate la nivel retromolar
- D.** se descriu doua tehnici distincte de extractie a molarului trei mandibular
- E. anestezia se realizeaza prin procedee diferite fata de cele folosite pentru ceilalti molari mandibulari

(pag. 66)

15 Reguli in folosirea elevatorului drept:

- A. se aplica intotdeauna vestibular si lingual
- B. suprafata convexa a partii active trebuie sa fie in contact cu dintele ce trebuie extras
- C.** in timpul luxatiei nu se folosesc ca sprijin dintii adiacenti pentru a evita lezarea sau luxarea acestora
- D.** elevatorul drept nu se foloseste pentru extractia dintilor pluriradiculari daca radacinile nu au fost separate
- E.** capatul activ al elevatorului trebuie sa fie liber pentru a luxa dintele

(pag. 66)

16 Indicatiile de extractie a dintilor permanenti sunt multiple fiind legate de:

- A.** starea dintelui respective
- B. starea dintilor antagonisti
- C.** patologia structurilor adiacente
- D.** afectiunile asociate
- E. tehnica aleasa

(pag. 64)

17 Indicatiile extractiei dentare legate de patologia dento- paradontala:

- A.** dinti cu parodontopatie marginala cronica si mobilitate de gradul II- III
- B. dinti malpozitionati
- C. dinti mult extruzati
- D.** dinti care au determinat procese supurative sinusale
- E.** dinti care intretin sinuzita maxilara odontogena

(pag. 64)

18 Indicatiile extractiei dentare legate de patologia pseudotumorală sau tumorală de cauza dentară:

- A.** dinti care au dus la aparitia unor leziuni hiperplazice reactive (epulis-like)
- B.** dinti care au suferit transformari chistice
- C. dinti vecini care sunt prinsi in procesul tumoral
- D. dinti inclusi ce nu mai pot erupe
- E. dinti cu distructii coronoradiculare intinse

(pag. 64)

19 Indicatii extractiei dentare legate de patologia traumatica OMF

- A.** dinti cu fracturi radiculare, oblice sau longitudinale
- B.** dinti din focare de fractura ale oaselor
- C. dinti erupti ce provoaca inghesuiri
- D. dinti in malpozitie care produc leziuni traumatice
- E.** dinti luxati complet in urma traumatismelor OMF

(pag. 64)

20 Indicatiile extractiei dentare legate de anomalii de numar, forma, pozitie ale dintilor:

- A.** dinti inclusi ce nu mai pot erupe
- B.** dinti inclusi ce provoaca inghesuiri
- C. dinti extruzati
- D. dinti luxati complet
- E.** dinti in malpozitie ce nu pot fi redresati ortodontic

(pag. 64)

21 Contraindicatiile absolute ale extractiei dentare sunt:

- A.** leucemia acuta
- B. prolaps de valva mitrala
- C.** infarct miocardic mai recent de 4 luni
- D. infarct miocardic mai vechi de 6 luni
- E. procese supurative acute

(pag. 65)

22 Contraindicatiile locale ale extractiei dentare sunt:

- A.** stomatita orala
- B.** sinuzita maxilara rinogena
- C. leucemie acuta
- D.** abcese periosoase
- E. tumori benigne labio- cervicale

(pag. 65)

23 Indicatiile extractiei dentare legate de patologia traumatica oro-maxilo-faciala sunt:

- A. Dinti care au suferit transformari chistice/tumorale benigne
 - B. Dinti fracturati sau luxati complet in urma traumatismelor oro-maxilo-faciale**
 - C. Dinti cu fracturi radiculare oblice sau longitudinale**
 - D. Dinti cu parodontopatie marginala cronica profunda si mobilitate de gradul 2-3
 - E. Dinti mult extruzati, egresati sau inclinati
- (pag. 64)

24 Extractia cu elevatorul Lecluse in cazul molarului de minte mandibular are urmatoarele indicatii:

- A. Cand radacinile molarului de minte inferior sunt drepte
 - B. Cand coroana dentara a molarului 3 este integra**
 - C. Prezenta molarilor 1 si 2 integri, cu implantare favorabila**
 - D. Cand radacinile molarului de minte inferior sunt usor divergente
 - E. In cazul dintilor cu coroana partial integra
- (pag. 80)

25 Hemoragiile postextractionale apar datorita urmatorilor factori generali care determina tulburari in mecanismul hemostazei:

- A. Insuficienta hepatica**
 - B. Afectiuni ale sistemului endocrin**
 - C. Vasodilatatie secundara in cazul anesteziilor plexale in care se foloseste vasoconstrictor
 - D. Stari alergice**
 - E. Afectiuni trombocitare cantitative si calitative**
- (pag. 99)

Tema nr. 3

Patologia eruptiei dentare

Bibliografie asociata temei:

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero - Compendiu de chirurgie oro-maxilo-faciala, vol. 1 si 2, Editura Q Med Publishing, Bucuresti, 2009. pag. 116-122, 131-157, 159-169

*** 1 Factorii ce nu usureaza odontectomia M3 inferior.**

- A. raportul direct cu canalul mandibular**
 - B. spatiul fata de molarul doi
 - C. pozitie mezio- angulara
 - D. radacini conice sau fuzionate
 - E. spatiu parodontal larg
- (pag. 141)

*** 2 In etiopatogenia incluziei dentare sunt incriminati factori locali**

- A. anomalii cromozomiale
 - B. tulburari metabolice
 - C. despicaturile labio-maxilo-palatine
 - D. persistenta pe arcada peste limita normala cronologica a dintelui temporar**
 - E. dizostoza cleidocraniana
- (pag. 131)

*** 3 Complicatii septice locale asociate incluziei M3 inferior**

- A. septicemia
 - B. osteomiелita**
 - C. tromboflebita de sinus cavernos
 - D. abces endooral
 - E. meningita
- (pag. 141)

*** 4 Contraindicatiile redresarii chirurgical-ortodontice a caninului inclus**

- A. pacienti tineri
 - B. spatiu insuficient pe arcada si nu poate fi creat prin metode ortodontice**
 - C. dintele nu prezinta anomalie de forma sau volum
 - D. dintele se afla este intr-o pozitie verticala sau normal oblica
 - E. incluzia nu este profunda
- (pag. 165)

*** 5 Complicatiile dupa odontectomia molarului de minte inferior**

- A. luxatia ATM
 - B. fractura mandibulei
 - C. hemoragia postextractionala (precoce sau tardiva)**
 - D. lezarea pachetului vascular nervos alveolar inferior
 - E. luxatia sau fractura molarului de 12 ani
- (pag. 151)

6 Factori locali incriminati in incluzia dentara

- A. reducerea spatiului de pe arcada**
 - B. cauze toxice (Raze X)
 - C. modificarea axului de dezvoltare a dintelui**
 - D. osteoscleroza procesului alveolar**
 - E. disostoza cleidocraniana
- (pag. 116)

7 Factori generali incriminati in incluzia dentara

- A. deficite de crestere scheletala in anomaliiile dento- maxilare (sindromul compresiei de maxilar)
- B. sindromul Down**
- C. avitaminoze (in special vitamina D)
- D. tendinta filogenetica de reducere dimensionala a structurii osoase scheletale
- E. disfunctii endocrine**

(pag. 116)

8 Complicatii mecanice specifice incluziei dentare

- A. pericoronarita
- B. incongruenta dento- alveolara, rotatii, torsionari**
- C. leziuni carioase**
- D. chisturi mandibulare
- E. fracturi mandibulare**

(pag. 122)

9 Factori care usureaza odontectomia M3 inferior

- A. pozitia mezio- angulara**
- B. radacini lungi si subtiri
- C. clasa C dupa Pell si Gregory
- D. spatiu paradontal ingust
- E. radacini formate pe 1/3 sau 2/3**

(pag. 141)

10 Tulburari nervoase asociate eruptiei si/ sau incluziei molarului de minte inferior

- A. mortificari pulpare si resorbtii radiculare ale molarului de 12 ani
- B. trismus**
- C. sialoree, asialie**
- D. nevralgi dentare**
- E. gingivo- stomatita

(pag. 144)

11 Decapusonarea molarului de minte inferior este indicata in urmatoarele situatii:

- A. spatiu suficient pe arcada**
- B. incluzie osoasa partiala sau totala
- C. incluzie verticala**
- D. capuson de mucoasa subtire, care acopera fata ocluzala a molarului de minte**
- E. spatiu retromolar insuficient

(pag. 146)

12 Factori care ingreuneaza odontectomia M3 inferior

- A. radacini conice sau fuzionate
- B. contact strans cu molarul doi**
- C. incluzie osoasa completa**
- D. clasa I dupa Pell si Gregory
- E. pozitia mezio- angulara

(pag. 141)

13 Contraindicatiile decapusonarii molarului de minte inferior

- A. incluzie verticala
- B. anomalii de forma sau volum ale coroanei si/ sau radacinilor molarului de minte**
- C. incluzie submucoasa
- D. capuson de mucoasa gros**
- E. spatiu retromolar insuficient**

(pag. 146)

14 Accidente ce se pot produce in cursul odontectomiei M3 superior

- A. luxarea sau facturarea molarului de 12 ani**
- B. fractura tuberozitatii**
- C. hemoragie postoperatoriala
- D. luxatia mandibulei
- E. comunicare oro- sinuzala**

(pag. 157)

15 Complicatiile dupa odontectomia M3 inferior sunt legate de:

- A. luxatia mandibulei
- B. fractura de unghi mandibular post operator**
- C. durerea, edemul si trismusul postoperator**
- D. inghitirea sau aspirarea unor fragmente dentare sau osoase
- E. complicatii infectioase**

(pag. 151)

16 La examenul clinic al arcadelor dento- alveolare pot fi observate o serie de odificari care pot sugera prezenta incluziei dentare

- A. prezenta pe arcada a dintelui temporar (insotita de lipsa dintelui definitiv)**
- B. absenta tremelor si diastemelor
- C. deplasari, rotatii si migrari ale dintilor vecini**
- D. prezenta unor fistule cronice**
- E. absenta proceselor inflamatori ale mucoasei (pericoronarite)

(pag. 117)

17 Factori locali incriminati in etiopatogenia incluziei dentare

- A. despicaturile labio- maxilo- palatine
- B. densitatea osului inconjurator**
- C. anemiile
- D. persistenta de lunga durata a dintilor temporari**
- E. traumatisme sau infectii ale germenului dentar**
(pag. 116)

18 Infectarea sacului pericoronar a molarului inclus se produce astfel:

- A. printr-o leziune de decubit produsa de o proteza mobila**
- B. de la o gangrena complicata a dintilor antagonisti
- C. de la o puna parodontala de vecinatate**
- D. pe cale sanguina in cursul bolilor infectioase**
- E. de la un focar de osteomielita**
(pag. 141)

19 Indicatiile redresarii chirurgical- ortodontice a caninilor inclusi

- A. dintele prezinta anomalii de forma sau volum
- B. dintele se gaseste in dreptul spatiului sau normal de eruptie**
- C. incluzia este profunda
- D. dintele este intr-o pozitie orizontala
- E. la pacienti tineri**
(pag. 165)

20 In odontectomia caninului inclus se pot produce o serie de accidente intraoperatorii

- A. luxarea dintilor vecini**
- B. deschiderea foselor nazale**
- C. fractura procesului alveolar**
- D. complicatii infectioase
- E. deschiderea sinusului maxilar**
(pag. 161)

21 Diagnosticul incluziei dentare impune utilizarea si a altor tipuri de investigatii radiologice pe langa ortopantomografie, in functie de natura incluziei, precum:

- A. Examenul radiologic cu film ocluzal**
- B. Incidenta Belot**
- C. Incidenta Donovan**
- D. CBCT (Cone Beam Computerised Tomography)**
- E. Incidenta Parma
(pag. 119-120)

22 Clasificarea pozitiilor molarului de minte inferior inclus in functie de relatia cu ramul mandibular dupa Pell si Gregory cuprinde:

- A. Clasa I - diametrul mezio-distal al coroanei este complet liber fata de marginea anterioara a ramului mandibular**
- B. Clasa I - molar inclus aliniat pe arcada chiar in spatele molarului de 12 ani
- C. Clasa a II-a - molar inclus deviat spre lingual sau spre vestibular
- D. Clasa a II-a - jumatarea distala a coroanei este acoperita de marginea anterioara a ramului mandibular**
- E. Clasa a III-a - molarul de minte este la nivelul planului ocluzal al molarului 2
(pag. 133)

23 Accidentele intraoperatorii posibile in odontectomia caninului superior inclus sunt:

- A. Luxarea caninului contralateral inclus osos
- B. Deschiderea foselor nazale**
- C. Deschiderea sinusului maxilar**
- D. Luxarea dintilor vecini**
- E. Sectionarea corono-radiculara
(pag. 163)

Tema nr. 4

Tratamentul chirurgical al leziunilor periapicale

Bibliografie asociata temei:

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero - Compendiu de chirurgie oro-maxilo-faciala, vol. 1 si 2, Editura Q Med Publishing, Bucuresti, 2009. pag. 174-194

1 Indicatiile rezectiei apicale

- A. resorbtii radiculare externe sau interne**
- B. fractura radiculara verticala
- C. obturatii de canal in exces ce nu mai pot fi indepartate**
- D. raportul nefavorabil coroana radacina
- E. cai false, perforatii ale podelei camerei pulpare**
(pag. 174)

2 Contraindicatiile absolute ale rezectiei apicale

- A. imposibilitatea de abord mai ales in cazul efectuarii interventiei la dintii laterali
- B. resturi radiculare cu o absenta marcata de tesuturi dure dentare**
- C. vecinatatea unor formatiuni anatomice
- D. pacienti cu teren nefavorabil**
- E. fractura radiculara orizontala
(pag. 175)

3 Contraindicațiile relative ale rezecției apicale

- A.** corticala vestibulară groasă
- B. dinți fără valoare protetică
- C. dacă după îndepărtarea apexului rămân 2/3 din lungimea rădăcinii implantată în os sănătos
- D. parodontopatie marginală cronică
- E.** imposibilitate de abord din cauze diverse (microstomie, sclerodermie)

(pag. 175)

4 Avantajele lamboului semilunar pentru rezecția apicală

- A. dimensiunile limitate ale lamboului oferă un acces minim
- B.** pacientul poate menține o bună igienă orală
- C. necesită o anestezie locală extinsă
- D.** nu se intervine asupra marginii gingivale libere
- E. nu există un punct de referință pentru repositionarea lamboului

(pag. 177)

5 Dezavantajele lamboului intrasulcular triunghiular (sau "in L")

- A.** sutura interdentală este mai dificilă
- B. este indicat pentru dinții cu rădăcini scurte
- C. irigația lamboului este minimă
- D.** interesarea feșonului gingival poate duce la un deficit fiziologic
- E.** igiena orală mai dificil de menținut

(pag. 178)

6 Dezavantajele lamboului intrasulcular trapezoidal pentru rezecția apicală

- A. tensiunea în lambou este minimă
- B.** vascularizarea lamboului este deficitară
- C. rădăcinile dentare sunt vizibile în totalitate
- D.** sutura interdentală este mai dificilă
- E.** decolarea lamboului dificilă la început

(pag. 179)

7 Avantajele lamboului Ochsenbein- Luebke în rezecția apicală

- A.** accesul este favorabil după decolarea lamboului
- B. irigația lamboului este maximă
- C.** feșonul gingival nu este interesat
- D.** pacientul poate menține o bună igienă orală
- E. oferă un acces favorabil pentru chirurgia paradontală

(pag. 177)

8 Principii generale privind incizia și crearea lambourilor în rezecția apicală

- A. incizia verticală se va extinde în mucoasă mobilă
- B.** incizia se va realiza printr-o mișcare fermă și continuă
- C. baza lamboului nu trebuie să fie mai largă decât marginea sa liberă
- D.** lamboul va fi adaptat la situația clinică dată de edentațiile protezate conjunct
- E.** lamboul va fi creat încât să protejeze structurile anatomice de vecinătate

(pag. 181)

9 Principii generale privind rezecția și îndepărtarea apexului

- A.** nu se va rezeca mai mult de 1/3 din lungimea rădăcinii
- B. în cazul unei obturații de canal incomplete este necesară rezecția apicală până la nivelul acestora
- C.** se va rezeca un segment apical de 1-3 mm rareori mai mult
- D.** planul de secțiune va fi bizotat spre vestibular la 45°
- E. în cazul unui chist extins la mai mulți dinți se va practica rezecția apicală numai la dinții cauzal

(pag. 187)

10 Situații clinice ce necesită obturație de canal intraoperator pe cale directă

- A.** ace rupte pe canal
- B. prezenta unei reconstituiri coroно- radiculare
- C. obturație veche și incompletă care nu poate fi îndepărtată în întregime
- D.** canale cu secreție persistentă
- E.** rădăcini cu anomalii ale canalelor

(pag. 188)

11 Calitățile materialelor de obturație retrograde

- A. să fie solubil și stabil volumetric
- B.** să permită priza și adeziunea la substratul radicular în mediu umed
- C.** să prezinte radioopacitate
- D.** să realizeze sigilarea tridimensională a canalului radicular
- E.** să fie biocompatibil

(pag. 190)

12 Accidente intraoperatorii intanlite in rezectia apicala

- A.** lezarea apexului dintelui vecin
- B.** rezectia incomplete a apexului si neindepartarea acestuia
- C. fractura radacinii
- D. necroza osului prin frezaj intempestiv fara racire
- E.** patrunderea cu instrumentarul rotativ in fosa nazala, sinus maxilar

(pag. 192)

13 Complicatii postoperatorii imediate ale rezectiei apicale

- A. mobilitate excsiva a dintelui din cauza compromiterii implantarii
- B.** suprainfectare
- C. tulburari de sensibilitate (hiperestezi si/sau parestezii)
- D.** hemoragie postoperatorie
- E.** hematom

(pag. 193)

14 Complicatii postoperatorii tardive ale rezectiei apicale

- A. edem
- B.** tulburari de vindecare
- C. colorarea tesuturilor din cauza materialelor de obturatie
- D.** suprainfectare
- E.** mobilitate excesiva a dintelui din cauza compromiterii implantarii

(pag. 193)

15 Avantajele lamboului intrasulcular trapezoidal in rezectia apicala

- A.** este indicat pentru abordul mai multor dinti
- B.** ofera un acces favorabil pentru chirurgia paradontala
- C. decolarea lamboului este dificila la inceput
- D. sutura interdentara se realizeaza cu usurinta
- E.** tensiunea in lambou este minima

(pag. 179)

*** 16 Indicatiile rezectiei apicale**

- A.** fractura radiculara a 1/3 apicale
- B. parodontita apicala acuta
- C. dinti fara valoare protetica
- D. dinti cu implantare compromisa
- E. fractura radiculara verticala

(pag. 175)

*** 17 Dezavantajele lamboului semilunar pentru rezectia apicala**

- A. nu se intervine asupra marginii gingivale libere
- B.** dimensiunile limitate ale lamboului ofera un acces minim
- C. repositionarea lamboului nu ridica probleme existand puncte de referinta
- D. accesul este favorabil dupa decolarea lamboului
- E. insertia gingivala marginala nu este modificata

(pag. 177)

*** 18 Contraindicatii absolute ale rezectiei apicale**

- A. vecinatatea unor formatiuni anatomice importante
- B.** pacienti cu imunosupresie
- C. raport nefavorabil coroana- radacina
- D. imposibilitate de abord din cauze diverse (microstomie, sclerodermie)
- E. corticala vestibulara groasa

(pag. 175)

*** 19 Complicatii postoperatorii tardive intanlite in rezectia apicala**

- A. edem
- B. suprainfectare
- C. hematom
- D.** necroza osului prin frezaj intempestiv fara racire
- E. hemoragie postoperatorie

(pag. 193)

*** 20 Accidente intraoperatorii in rezectia apicala**

- A.** ramanerea de material de obturatie in campul operator
- B. suprainfectare
- C. hematom
- D. fractura radacinii
- E. mobilitate excesiva a dintelui din cauza compromiterii implantarii

(pag. 192)

*** 21 Un dezavantaj al lamboului Ochsenbein-Luebke in rezectia apicala poate fi:**

- A. Accesul favorabil, dupa decolarea lamboului
- B. Evita dehiscentele non-patologice desi acestea se pot produce
- C.** Necesitatea modificarii inciziei orizontale din cauza obstacolelor reprezentate de insertiile musculare si ale frenurilor
- D. Decolarea si reclinarea lamboului se realizeaza cu usurinta
- E. Repositionarea lamboului nu ridica probleme, existand puncte de referinta

(pag. 177-178)

*** 22 In cadrul complicatiilor post-operatorii imediate ale rezectiei apicale, se poate produce:**

- A. Mobilitatea excesiva a dintelui din cauza compromiterii implantarii
- B. Suprainfectarea**
- C. Fractura radacinii
- D. Tulburarea sensibilitatii
- E. Colorarea tesuturilor din cauza materialelor de obturatie retrograda

(pag. 192-193)

Tema nr. 5

Tratamentul chirurgical preprotetic

Bibliografie asociata temei:

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero -
Compendiu de chirurgie oro-maxilo-faciala, vol. 1 si
2, Editura Q Med Publishing, Bucuresti, 2009.
pag. 198-220

*** 1 Frenurile labiale sau lingual:**

- A. necesita de cele mai multe ori corectare chirurgicala
- B. in scop ortodontic se intervine asupra frenurilor linguale
- C. frenul labial poate determina aparitia unei pseudo-anchiloglosii
- D. frenurile labiale pot impiedica inserarea protezelor mobile**
- E. toate raspunsurile sunt corecte

(pag. 198)

*** 2 Frenul lingual:**

- A. este constituit din tesut fibros
- B. poate sa contina si fibre muscular din m hipoglos
- C. se corecteaza prin frenoplastie in z
- D. poate sa dea tulburari de fonatie**
- E. toate raspunsurile sunt corecte

(pag. 200)

*** 3 Frenul labial:**

- A. este format dintr-un strat subtire de tesut conjunctiv dens
- B. sunt folosite in mod curent 2 tehnici chirurgicale de corectare
- C. frenul labial inferior anormal inserat poate fi responsabil de trauma locala**
- D. nivelul insertiei alveolare este fix
- E. insertia alveolara a frenului poate sa depaseasca nivelul papilei incisive la mandibula

(pag. 199)

*** 4 Hiperplazia inflamatorie:**

- A. indiferent de faza de evolutie tratamentul este chirurgical
- B. interventia chirurgicala se face numai sub anestezie generala
- C. este o hiperplazie de iritatie**
- D. dupa interventia chirurgicala nu se poarta proteza 48-72 de ore
- E. leziunea este localizata numai in fundul de sac vestibular

(pag. 203)

*** 5 Fibromatoza tuberozitară:**

- A. clinic, leziunea prezinta o mucoasa cu suprafata neregulata
- B. prin prezenta sa creste distant dintre tuberozitate si apofiza coronoida
- C. tratamentul este numai chirurgical**
- D. este preferata sutura cu fire separate pentru vindecarea primara a plagii
- E. dupa interventia chirurgicala proteza nu se aplica pentru 48-72 de ore

(pag. 204)

6 Hiperplazia inflamatorie papilara palatinala:

- A. apare la pacientii noi purtatori de proteeze totale
- B. examenul histopatologic se efectueaza obligatoriu**
- C. aplicarea protezei postinterventional creste disconfortul postoperator
- D. vindecarea se realizeaza per secundam**
- E. etiologia este iritativ-mecanica cronica**

(pag. 206)

7 Creasta balanta:

- A. este o zona de hiperplazie de aspect inflamator
- B. localizata de obicei in zonele frontale edentate**
- C. purtarea protezei rebazate dupa interventia chirurgicala nu este obligatorie**
- D. corectarea acestei leziuni creste inaltimea sacului vestibular
- E. apare atat la mandibula cat si la maxilar**

(pag. 207)

8 Plastia santului pelvilingual:

- A. este indicata cand osul alveolar are un contur necorespunzator protezarii
- B. inaltimea osului alveolar este mai mica de 15 mm
- C. se indica a se efectua sub anestezie generala**
- D. la final se aplica un conformator chirurgical fixat pentru 2-3 zile**
- E. suprafata expusa a periostului e acoperita cu grefe de piele

(pag. 208)

9 Vestibuloplastia la maxilar:

- A.** prin aceasta interventie tesutul submucos e indepartat
 - B.** mucoasa labial si vestibulara sunt repositionate cu ajutorul unei proteze totale fixate cu suruburi transcorticale
 - C. indicata atunci cand mucoasa labial mobile este scurta
 - D. incizia se realizeaza la nivelul fundului de sac vestibular
 - E.** indicata la pacientii cu atrofie severa sis ant vestibular neutru
- (pag. 209)

10 Torusul palatin:

- A. este localizat la mandibula
 - B.** are etiologie necunoscuta
 - C.** are dimensiuni si forma variabile
 - D.** are o crestere progresiva dimensionala
 - E.** este acoperit frecvent de o mucoasa normal
- (pag. 211)

11 Torusul mandibular:

- A. are o crestere brusca asmtomatica
 - B.** e localizat pe versantul lingual al procesuli alveolar mandibular
 - C.** este uni- sau bilateral
 - D. este localozat la maxilar
 - E.** la pacientii edentate total se indica rezectia modelanta
- (pag. 211)

12 Osteoamele periferice:

- A.** sunt localizate frecvent vestibular
 - B.** apar atat la mandibula cat si la maxilar
 - C. sutura se face cu fir continuu
 - D. de obicei nu necesita tratament
 - E. se intervine doar daca provoaca tulburari functionale
- (pag. 212)

13 Tuberoplastia:

- A. tehnica se efectueaza sub anestezie locala
 - B. indicata la pacientii cu sant retro-tuberozitar mare
 - C.** prezinta risc de hemoragie masiva
 - D.** nu se poate anticipa adancimea santului retrotuberozitar rezultat postoperator
 - E. toate raspunsurile sunt corecte
- (pag. 211)

14 In mod curent sunt folosite urmatoarele tehnici chirurgicale de corectare a frenurilor labiale:

- A. Frenotomie
 - B.** Frenectomie
 - C.** Frenoplastia "in Z"
 - D.** Frenoplastie cu vestibuloplastie
 - E. Frenoplastia cu lambou repositionat coronar
- (pag. 198-200)

15 Fibromatoza tuberozitară:

- A. Este o leziune hiperplazica localizata la nivelul mucoasei palatine
 - B. Apare la pacientii vechi purtatori de proteze totale
 - C.** Se dezvolta in plan vertical, in plan transversal sau in ambele planuri
 - D.** Are consistenta elastica sau ferma
 - E.** Reprezinta o hiperplazie a mucoasei crestei alveolare de natura conjunctiva
- (pag. 204)

16 Alveoloplastia crestelor alveolare edentate:

- A.** Este indicata in cazul unui proces alveolar edentat neregulat
 - B.** Este indicat in cazul unei creste alveolare ascutite (in "lama de cutit")
 - C. Este indicata in cazul resorbtiei accentuate a crestei alveolare in treimea posterioara mandibulara
 - D. Postoperator, aplicarea imediata a protezei este obligatorie
 - E. Se recomanda asocierea acestei tehnici cu o tehnica de adancire a santului pelvi-lingual
- (pag. 214)

17 Torusul mandibular:

- A.** Este situat pe versantul lingual in zona canin - premolar
 - B. Are etiologie traumatica
 - C.** Creste asimptomatic
 - D. Este localizat in 1/3 posterioara a arcadei mandibulare
 - E. Este localizat pe versantul vestibular mandibular
- (pag. 219)

Bibliografie asociata temei:

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero -
Compendiu de chirurgie oro-maxilo-faciale, vol. 1 si
2, Editura Q Med Publishing, Bucuresti, 2009.
pag. 242-268, 270-288

* 1 Semne generale ale flegmonului:

- A. temperatura intre 36-38 gr C
- B. pastrarea statusului mental
- C. hipoglicemie
- D. aliura ventriculara mai mica decat 90

E. tahipnee

(pag. 245)

* 2 Abcesul spatiului vestibular:

- A. din punct de vedere evolutiv putem surprinde 3 faze
- B. in faza submucoasa durerile sunt intense
- C. tratamentul consta in incizie si drenaj pe cale exo-orală a colectiei purulente
- D.** tratamentul chirurgical I se asociaza analgezice si AINS
- E. antibioterapie este obligatorie

(pag. 247)

* 3 Abcesul spatiului palatinal:

- A. are ca punct de plecare incisivi laterali inferiori
- B. diagnosticul diferential se face cu diferite tumori ale mandibulei
- C. este delimitat caudal de palatal dur
- D. poate depasi rafeul median
- E.** un drenaj eficient al colectiei purulente nu necesita antibioterapie

(pag. 248)

* 4 Abcesul spatiului paramandibular:

- A. este o supuratie a portiunii superioare a spatiului bucal
- B. abordul este intotdeauna endooral
- C. incizia orala este plasata orizontal in vestibulul superior in dreptul premolarilor
- D. cea mai frecventa cauza este pericoronarita supurata a molarului 3 superior
- E.** examenul oral este dificil datorita trismusului

(pag. 253)

* 5 Delimitarea spatiului canin:

- A. medial: spatial bucal
- B.** superior: marginea infraorbitala
- C. lateral: oasele nazale
- D. anterior: osul maxilar
- E. inferior: tegumentul

(pag. 254)

6 Delimitarea spatiului bucal:

- A.** superior: arcul zigomatic
- B. inferior : tegumentul
- C. anterior: spatial corpului mandibular
- D.** medial: m. buccinator
- E.** posterior: spatial maseterin

(pag. 251)

7 Abcesul spatiului genian:

- A. punct de plecare cel mai frecvent premolari superiori si inferiori
- B.** marginea bazilara ramane accesibila palparii
- C.** diagnosticul inferential se face cu flegmonul difuz hemifacial
- D. drenajul optim se realizeaza pe cale endoorală
- E. nu este obligatorie suprimarea factorului cauzal

(pag. 252)

8 Abcesul spatiului canin:

- A. este dat de pocusul apical al caninilor inferiori
- B. erodeaza corticala osoasa sub insertia m. ridicator al unghiului gurii
- C.** tumefactia sterge santul nazo-genian
- D.** procesul infectios se poate extinde spre regiunile vecine
- E.** se poate complica si cu tromboflebita sinusului cavernos

(pag. 254)

9 Abcesul spatiului infratemporal:

- A.** are ca punct de plecare punctia sinusala gresit efectuata
- B.** diagnosticul diferential se face cu nevralgia de trigemen
- C.** abordul poate fi endooral sau cutanat
- D. pacientii au temperatura este normala
- E. pacientii prezinta hemicranii de intensitate foarte mare

(pag. 256)

10 Delimitarea spatiului submandibular:

- A. lateral: m. milohioidian
- B. anterior:spatial submental**
- C. inferior: osul hioid**
- D. posterior: m. hioglos
- E. inferior: m. stiloglos

(pag. 257)

11 Abcesul spatiului submandibular:

- A. are punct de plecare molarul 3 superior
- B. marginea bazilara a mandibulei este mascata in treimea sa posterioara**
- C. diagnosticul diferential se face cu abcesul salivar**
- D. antibioterapia nu este necesara
- E. diagnosticul diferential se face cu adenopatii metastatice**

(pag. 258)

12 Abcesul spatiului submentonier:

- A. are punct de plecare infectiile dento-parodontale ale molarilor inferiori
- B. simptomatologia inflamatorie orala este absenta**
- C. diagnosticul diferential se face cu stafilococii cutanate**
- D. incizia este endo-orală
- E. tratamentul chirurgical se asociaza cu antibioterapie**

(pag. 260)

13 Abcesul spatiului maseterin:

- A. are ca punct de plecare patologia infectioasa a molarilor inferiori**
- B. procesul supurativ se poate localiza superficial imediat sub tegument**
- C. edemul de vecinatate este absent**
- D. incizia se efectueaza numai cutanat
- E. diagnosticul diferential se face cu tumorile maligne ale maxilarului

(pag. 261)

14 Spatiul laterofaringian – delimitare:

- A. medial: spatial retrofaringian
- B. lateral: muschii constrictor superiori ai faringelui
- C. posterior: capsula parotidiană
- D. inferior: osul hioid**
- E. superior: baza craniului**

(pag. 265)

15 Abcesul spatiului retrofaringian:

- A. are punct de plecare molarii inferiori
- B. apare prin difuzarea procesului infectios din spatiile vecine**
- C. Simptomele frecvente sunt febra si frisonul**
- D. clinic se evidentiaza tumeactia gatului**
- E. drenajul se asigura pe cale endo-orală

(pag. 266)

16 Abcesul spatiului prevertebral

- A. nu este de cauza odontogena**
- B. diagnosticul diferential se face cu parotiditele supurate acute**
- C. drenajul este asemanator cu cel al supuratiei retrofaringiene**
- D. se confunda usor cu abcesul de spatiu retrofaringian
- E. supuratiea poate evolua in sens ascendant

(pag. 267)

17 Abcesul limbii:

- A. este de cauza odontogena**
- B. poate fi cauzat de leziuni traumatice ale limbii**
- C. supuratiea poate avea un caracter limitat**
- D. diagnosticul diferential se face cu tumorile benigne ale mandibulei
- E. trismusul este accentuat

(pag. 268)

18 Flegmonul planseului oral:

- A. se mai numeste si „angina Ludwig,,**
- B. cuprinde toate structurile planseului bucal**
- C. are punct de plecare pericoronaritele supurate ale molarilor de minte superiori
- D. debuteaza frecvent sub forma unei supuratiei a spatiului vestibular
- E. diagnosticul diferential se face cu adenopatii metastatice de nivel I suprainfectate**

(pag. 270)

19 Flegmonul difuz hemifacial:

- A. diagnosticul diferential se face cu abcesul palatinal**
- B. frecvent debutul mimeaza o supuratie a spatiului submandibular
- C. trismusul este absent
- D. are ca punct de plecare traumatisme cranio-faciale**
- E. indepartarea factorului cauzal dentar este obligatoriu**

(pag. 272)

20 Mecanismele patologice care stau la baza propagării supurațiilor perimaxilare sau ale spațiilor fasciale sunt:

- A.** Calea transosoasă
 - B.** Calea submucoasă
 - C.** Calea directă
 - D.** Calea limfatică
 - E. Calea ascendentă endocanaliculară
- (pag. 242)

21 Semnele generale în cadrul sindromului toxico-septic apărute în infecțiile oro-maxilo-faciale sunt:

- A.** Alterarea statusului mental
 - B.** Tahipnee
 - C. Hipoxie arterială
 - D. Scăderea perfuziei tisulare
 - E.** Hiperglicemie în absența diabetului
- (pag. 245)

22 Delimitarea spațiului vestibular din punct de vedere al infecțiilor periosoase este:

- A.** Medial: mandibula sau maxilarul împreună cu periostul acoperitor
 - B. Lateral: mușchiul buccinator
 - C.** Anterior: mușchii intrinseci ai buzelor
 - D. Inferior: mucoasa linguală
 - E.** Posterior: spațiul maseterin și laterofaringian
- (pag. 247)

23 Diagnosticul diferențial al infecțiilor periosoase localizate în spațiul corpului mandibular se face cu:

- A. Chistul maxilar suprainfectat
 - B.** Abscesul de spațiu submandibular
 - C.** Adenita supurată submandibulară
 - D. Chistul sebaceu genian suprainfectat
 - E. Goma luetică
- (pag. 249)

Tema nr. 7

Afectiuni de origine dentară ale sinusului maxilar

Bibliografie asociată temei:

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero - Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială, vol. 1 și 2, Editura Q Med Publishing, București, 2009. pag. 292-308

*** 1 Semne subiective majore ale sinuzitei maxilare acute:**

- A. rinoree purulentă
 - B. febră
 - C. obstrucție nazală
 - D.** cacosmie
 - E. dureri cu iradiere în regiunea occipitală
- (pag. 296)

*** 2 Semne subiective minore ale sinuzitei maxilare acute:**

- A. halitoză
 - B. tuse
 - C. curbatură
 - D. inapetență
 - E.** oboseală
- (pag. 297)

*** 3 Sinuzita maxilară acută de cauză dentară trebuie diferențiată de :**

- A.** puseul de reacutizare a unei sinuzite maxilare cronice – pe baza anamnezei
 - B. sinuzita cronică rinogenă
 - C. sinuzita maxilară fungică
 - D. sinuzita maxilară alergică
 - E. mucocelul
- (pag. 299)

*** 4 Sinuzita maxilară cronică de cauză dentară trebuie diferențiată de:**

- A. nevralgii infraorbitare
 - B. algii vasculare ale feței
 - C. sinuzita acută rinogenă
 - D. supurații geniene de cauză dentară
 - E.** tumori maligne de mezo- și de suprastructură
- (pag. 299)

*** 5 Cura radicala a sinusului maxilar:**

- A. are ca scop indepartarea in totalitate a mucoasei sinusului maxilar
- B. procedeul chirurgical cel mai indicat este Caldwell-Luc
- C. postoperator pacientul poate prezenta jena dureroasa meteo-dependenta
- D. pot sa apara tulburari de sensibilitate la nivelul dintilor superiori

E. toate raspunsurile corecte

(pag. 302)

6 Sinusul maxilar:

- A. este cel mai mic sinus paranasal
- B. se formeaza in luna a2a-a3a a vietii intrauterine
- C. dezvoltarea definitiva se produce in jurul varstei de 15 ani

D. comunica cu cavitatea nazala la nivelul peretelui intersinonazal

E. este implicat in apararea imuna nespecifica

(pag. 292)

7 Sinuzita maxilara de cauza dentara:

- A. este frecventa la copii si tineri
- B.** nu se intalneste niciodata la sugari
- C. are o incidenta scazuta in randul populatiei generale
- D.** este data de chisturi radiculare suprainfectate
- E. are punct de plecare dintii grupului frontal maxilar

(pag. 295)

8 Factori favorizanti ai sinuzitei maxilare:

A. parodontita apicala acuta sau cronica a dintilor sinuzali

B. diabetul zaharat

C. chisturi foliculare suprainfectate

D. osteita procesului alveolar

E. Hipertensiunea arteriala

(pag. 295)

9 Semne obiective majore ale sinuzitei maxilare acute:

A. durere unilaterala

B. febra 38-39 C

C. obstructie nazala

D. senzatie de plenitudine

E. anosmie

(pag. 296)

10 Semne obiective minore ale sinuzitei maxilare acute:

A. stare generala alterata

B. curbatura

C. Halitoza

D. oboseala

E. hipertensiune arteriala

(pag. 297)

11 Sinuzita maxilara acuta de cauza dentara trebuie diferentiata de :

A. sinuzita acuta rinogena

B. sinuzita maxilara alergica

C. supuratii geniene de cauza dentara

D. sinuzita cronica rinogena

E. nevralgii infraorbitare

(pag. 299)

12 Sinuzita maxilara cronica de cauza dentara trebuie diferentiata de:

A. sinuzita cronica rinogena

B. algii vasculare ale fetei

C. nevralgii infraorbitare

D. sinuzita maxilara fungica

E. osteomielite maxilarului

(pag. 299)

13 Cura radicala a sinusului maxilar

A. are ca scop indepartarea in totalitate a mucoasei sinusului maxilar

B. are ca scop indepartarea partiala a mucoasei sinusului maxilar

C. procedeul chirurgical cel mai indicat este Caldwell-Luc

D. drenajul sinusului se asigura prin crearea unei contradeschideri in fosa nazala

E. poate da tulburari de sensibilitate la nivelul dintilor superiori

(pag. 302)

14 Plastia comunicarii oro-sinuzale se poate efectua prin alegerea urmatoarelor lambouri:

A. lambou in colereta rasturnat si suturat in defect

B. lambou vestibular si lambou palatinal

C. lambou in colereta si lambou palatinal

D. lambou in colereta si lambou lingual

E. lambou lingual si lambou palatinal

(pag. 308)

15 Comunicarea oro-sinuzala rezultata prin extractia complete a dintelui

- A.** atitudinea terapeutica se face in functie de dimensiunea deschiderii
- B.** daca deschiderea este sub 2 mm nu necesita tratament chirurgical
- C.** daca deschiderea este peste 7 mm plastia comunicarii se face in 2 planuri
- D. indiferent de deschidere este nevoie de tratament chirurgical
- E. toate raspunsurile corecte

(pag. 304)

*** 16 In cadrul semnelor clinice obiective majore din sinuzita maxilara acuta de cauza dentara, se regaseste:**

- A.** Obstructia nazala
- B. Durerea dentara, uneori cu caracter pulsatil, localizata la nivelul unui premolar sau molar superior
- C. Halitoza
- D. Tusea
- E. Oboseala

(pag. 296-297)

*** 17 Diagnosticul diferential al sinuzitei maxilare cronice de cauza dentara, se poate face cu:**

- A. Rinita purulenta unilaterala, secundara unei rinolitiazee sau a unui corp strain
- B.** Sinuzita maxilara alergica
- C. Chisturile maxilarelor in stadiul de complicatie septica
- D. Nevralgiile infraorbitare si algiiile vasculare ale fetei
- E. Sinuzita hematogena in cursul febrei eruptive

(pag. 299)

Tema nr. 8

Traumatologie oro-maxilo-faciala

Bibliografie asociata temei:

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero - Compendiu de chirurgie oro-maxilo-faciala, vol. 1 si 2, Editura Q Med Publishing, Bucuresti, 2009. pag. 312-335, 361-369, 379-382, 388-394

*** 1 Factori de risc generali pentru vindecarea intarziata a plagilor:**

- A. plagi zdrobite
- B. corpi restanti in plaga
- C.** deficite nutritionale
- D. folosirea excesiva a electrocoagularii
- E. toate raspunsurile corecte

(pag. 315)

*** 2 Zone de minima rezistenta ale mandibulei sunt:**

- A. implanturi dentare inserate la nivelul mandibulei
- B. zona parasimfizara
- C. colul condilului mandibular
- D. gaura mentoniera
- E.** toate raspunsurile sunt corecte

(pag. 316)

*** 3 Mecanisme de producer a fracturilor de mandibula:**

- A. mecanismul de flexie
- B. mecanismul de presiune
- C. mecanismul de tasare
- D. mecanismul de smulgere
- E.** toate raspunsurile corecte

(pag. 317)

*** 4 Pentru stabilirea diagnosticului de fractura de mandibula se recomanda urmatoarele tipuri de investigatii radiologice:**

- A. ortopantomograma
- B. radiografia tangential de ram si unghi mandibular
- C. radiografia in incidenta Parma
- D. radiografia in incidenta Caldwell
- E.** toate raspunsurile corecte

(pag. 332)

5 Factori de risc locali pentru vindecarea intarziata a plagilor:

- A.** suprainfectarea plagii
- B.** hematoame
- C.** sutura plagii in tensiune
- D. varsta avansata
- E. radio/chimioterapie in antecedente

(pag. 314)

6 Factori de risc generali pentru vindecarea intarziata a plagilor:

- A. plagi zdrobite
- B. corpi restanti in plaga
- C.** deficite nutritionale
- D.** diabet zaharat
- E.** varsta avansata

(pag. 314)

7 Fracturile subcondiliene joase:

- A. linia de fractura este localizata la nivelul colului condilian
- B.** linia de fractura este situata sub insertia m. pterigoidian lateral
- C. capul condilului poate ramane angrenat in articulatie
- D.** fragmentul mic este basculat inapoi si inainte
- E.** sunt fracture ale apofizei condiliene

(pag. 327)

8 Fracturile subcondiliene inalte:

- A. linia de fractura are traiection oblic de la incizura sigmoidala la marginea posterioara a mandibulei
- B.** fragmentul mare este tractionat in sus si inapoi de muschii ridicatori
- C.** sunt fracturile colului condilian
- D.** deplasari secundare sunt frecvente si de amploare
- E. toate raspunsurile sunt corecte

(pag. 327)

9 Oase ale viscerocraniului implicate in fracturile masivului facial

- A.** oasele zigomatice
- B.** oasele lacrimale
- C. gonionul
- D. cornetele nazale superioare
- E.** sfenoidul

(pag. 361)

10 Fractura Le Fort I

- A. se numeste disjunctie cranio maxilara joasa
- B. edemul facial este important – facies in butoi
- C.** este o fractura transversala joasa
- D.** semnul Guerin pozitiv
- E.** tulburari de ocluzie minima

(pag. 364)

11 Fractura Le Fort II

- A. se numeste fractura tip Guerin
- B.** deformeaza etajul mijlociu al fetei
- C. pacientul prezinta chemozis conjunctivo-bulbar unilateral
- D.** pacientul prezinta epistaxis bilateral
- E.** mecanismul de producere este numai direct

(pag. 364)

12 Fractura Le Fort III

- A.** se mai numeste disjunctie cranio-maxilara inalta
- B.** mobilitate anormala a intregului etaj mijlociu al fetei in raport cu baza craniului
- C.** se poate insoti de fractura bazei craniului
- D. semnele clinice esentiale sunt aceleasi cu cele din fracturile Le Fort I
- E. la nivel cervico-facial nu prezinta semne clinice majore

(pag. 365)

13 Semne clinice ale fracturilor anterioare de malar fara deplasare

- A. echimoza palpebrala in binoclu
- B. limitarea deschiderii gurii
- C. uneori epistaxis bilateral
- D.** echimoze ale conjunctivei bulbare
- E.** discreta hipoestezie in teritoriul infraorbital

(pag. 381)

14 semne clinice ale fracturilor anterioare de malar cu deplasare

- A.** exoftalmie sau enoftalmie
- B. echimoza palpebrala in binoclu
- C.** epistaxis unilateral
- D. hipoestezie in teritoriul n infraorbital bilateral
- E.** crepitatii gazoase

(pag. 381)

* 15 Factori de risc locali pentru vindecarea intarziata a plagilor:

- A. suprainfectarea plagii
- B. hematoame
- C. sutura plagii in tensiune
- D. plagi zdrobite
- E.** toate raspunsurile corecte

(pag. 315)

16 In sutura plagilor, punctele cheie pentru refacerea exacta a continuitatii tegumentelor faciale sunt:

- A.** Limita tegument-vermilionul buzei
- B.** Marginea palpebrala
- C.** Pragul narinar
- D. Pragul orbital
- E.** Santurile cutanate

(pag. 313)

17 Mecanismele de producere a fracturilor de mandibula sunt:

- ☒ A. Mecanismul de flexie
- B. Mecanismul de compresie
- ☒ C. Mecanismul de tasare
- ☒ D. Mecanismul de forfecare
- E. Mecanismul de avulsie

(pag. 316-318)

18 Semne clinice de intrerupere a continuitatii osoase in fracturile de mandibula sunt:

- ☒ A. Deformari osoase ale etajului inferior al fetei
- ☒ B. Mobilitatea anormala a fragmentelor osoase
- C. Durerea spontana
- D. Edemul partilor moi
- ☒ E. Modificari ale raporturilor de ocluzie

(pag. 322)

19 Formele particulare de fracturi mixte de maxilar sunt:

- A. Fractura Wassmund I
- B. Fractura Wassmund II
- ☒ C. Fractura Huet
- ☒ D. Fractura Richet
- ☒ E. Fractura Bassereau

(pag. 366-367)

Tema nr. 9

Chisturi si tumori benigne ale partilor moi orale si cervico-faciale

Bibliografie asociata temei:

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero - Compendiu de chirurgie oro-maxilo-faciale, vol. 1 si 2, Editura Q Med Publishing, Bucuresti, 2009. pag. 402-404, 406-426, 428-433, 437-443

*** 1 Chistul branhial:**

- A. este asemanator cu chistul dermoid
- B. abordul chirurgical se realizeaza pe cale endo-orală din motive estetice
- C. este intotdeauna benign
- ☒ D. poate ajunge pana la dimensiuni de 8-10cm
- E. toate raspunsurile sunt corecte

(pag. 407)

*** 2 Chistul dermoid :**

- A. este aproape intotdeauna congenital
- B. se poate confunda usor cu un chist branhial
- C. este o formatiune de natura tumorală
- ☒ D. este un chist de dezvoltare
- E. niciun raspuns nu este corect

(pag. 403)

*** 3 Chistul canalului tireoglos:**

- A. este un chist de dezvoltare
- B. se malignizeaza frecvent
- C. are dimensiuni ce depasesc 10 cm
- ☒ D. diagnosticul diferential se face cu chistul dermoid
- E. este cel mai rar chist cervical

(pag. 409)

*** 4 Gusa lingual:**

- A. consta in persistenta tesutului glandular parotidian aberant in baza limbii
- B. este o formatiune chistica rara
- C. se poate maligniza usor
- ☒ D. diagosticul diferential se face cu limfangioamele
- E. niciun raspuns corect

(pag. 410)

*** 5 Mucocelul:**

- A. apare in urma unui traumatism acut asupra mucoasei orale
- B. apare in urma unor microtraumatisme cronice asupra mucoasei orale
- C. de cele mai multe ori se sparge eliminand continutul salivar
- D. evolueaza spre vindecare spontana
- ☒ E. toate raspunsurile sunt corecte

(pag. 410)

6 Chistul dermoid

- ☒ A. este un chist de dezvoltare
- ☒ B. diagnosticul diferential se face cu ranula sublinguala
- ☒ C. apare frecvent la adultii tineri
- D. include intotdeauna structure derivate din toate cele 3 straturi germinative embrionare
- E. este aproape intotdeauna congenital

(pag. 403)

7 Chistul teratoid:

- ☒ A. are aceeasi localizare ca si chistul dermoid
- ☒ B. diagnosticul diferential se face cu chistul dermoid
- ☒ C. este aproape intotdeauna congenital
- D. este o formatiune de natura tumorală
- E. toate raspunsurile sunt corecte

(pag. 404)

8 Chistul branhial:

- A.** este localizat de a lungul m. sternocleidomastoidian
- B.** apare in special la adolescent sau adulti tineri
- C. este mai recent la sexul masculin
- D. are o perioada scurta de latent dupa care se dezvolta rapid volumetric in aprox. 1-3 saptamani
- E.** diagnosticul diferential se face cu limfangioamele cervical

(pag. 406)

9 Chistul canalului tireoglos

- A. diagnosticul diferential se face cu tumorile benign ale mandibulei
- B.** apare frecvent in intervalul de varsta 15-30 de ani
- C.** apare frecvent pe linia mediana
- D.** are dimensiuni relative mici
- E. afecteaza mai des sexul feminine

(pag. 409)

10 Mucocelul:

- A.** se poate transforma intr-un sialochist
- B. este frecvent la tineri si adulti si mai rar la copii
- C. este frecvent pe mucoasa jugala
- D.** apare rar la nivelul buzei superioare
- E.** nu este un chist in adevaratul sens al cuvantului

(pag. 411)

11 Gusa linguala:

- A. este o formatiune chistica
- B. este mai frecventa la sexul masculin
- C.** creste in timpul menstruatiei
- D.** se diferentiaza cu rabdomiosarcom
- E.** tratamentul in majoritatea cazurilor nu este chirurgical

(pag. 410)

12 Ranula:

- A. este caracteristica glandelor salivare mici
- B. este o formatiune chistica ce se poate maligniza usor
- C.** prezinta o coloratie tipica albastruie
- D.** se poate perfora spontan
- E.** diagnosticul diferential se face cu chistul gastrointestinal heterotopic

(pag. 413)

13 Chistul sebaceu

- A.** se mai numeste si chist epidermoid
- B.** isi are originea la nivelul foliculului pilos
- C.** ia nastere prin blocarea excretiei de sebum
- D. apare relative rar la nivel genian
- E. este frecvent la pubertate

(pag. 415)

14 Tumori Epulis-like sunt:

- A.** granulomul piogen
- B.** granulomul congenital
- C. lipomul
- D. macula melanica orala
- E. rabdomiomul

(pag. 416)

15 Tumori benigne musculare sunt:

- A.** miozita osifianta
- B. granulomul congenital
- C. hemangiomul
- D. fibromul
- E.** hipertrofia maseterina benigna

(pag. 416)

16 Granulomul piogen

- A. este o formatiune tumorala vasculara
- B. este o formatiune tumorala maligna
- C.** este o hiperplazie reactiva a mucoasei cavitatii orale
- D. nu are caracter piogen
- E.** este o masa pseudotumorala pediculata sau sesila

(pag. 418)

17 Fibromul osifiant periferic:

- A.** se numeste si epulis fibros
- B.** nu este un fibrom propriu-zis
- C.** are intotdeauna legatura cu un dinte cauzal
- D. se localizeaza la nivelul palatului moale
- E. apare mai frecvent la sexul masculin la pacientii in varsta

(pag. 420)

18 Granulomul periferic cu celule gigante:

- A.** se numeste si epulis cu celule gigante
- B.** are etiologie iritativa
- C.** apare la orice varsta
- D. se localizeaza exclusiv la nivelul planseului oral
- E. are dimensiuni ce depasesc 8-10 cm

(pag. 421)

19 Granulomul congenital:

- A. are caracter recidivant
- B. este o leziune frecventa intalnita la nou-nascuti
- C.** diagnosticul diferential se face cu chistul gingival al nou-nascutului
- D. este frecvent la adolescenti
- E.** tratamentul este chirurgical
(pag. 423)

20 Papilomul:

- A. este o proliferare tumorală malignă
- B. este o proliferare tumorală malignă
- C.** este o formațiune tumorală cu creștere exofitică, verucoasă sau conoidiformă
- D.** dimensiunea mai mare de 1 cm apare excelențial
- E.** diagnosticul diferential se face cu fibromul mucoasei orale
(pag. 425)

21 Printre elementele clinice care caracterizează ranula, se numără:

- A. Este o dilatație chistică a canalului de excreție al unei glande salivare accesorii
- B.** Aderă la planurile profunde unde nu i se pot aprecia limitele
- C. Apare în urma unor microtraumatisme cronice ale mucoasei orale
- D. Continutul este format din secreție salivară
- E.** Când atinge dimensiuni importante poate ocupa în totalitate hemiplanseul oral în care se situează
(pag. 413)

22 Se poate afirma despre chistul canalului tireoglos ca:

- A.** Se mobilizează la deglutiție
- B. Apare prin transformarea chistică a unei porțiuni invaginate a bazei limbii
- C.** Este aderent la osul hioid
- D. Interventia chirurgicală de extirpare este contraindicată la pacienții care nu au glanda tiroidă normală
- E.** Este cel mai frecvent chist cervical
(pag. 409)

23 Tabloul clinic din miozită osifiantă traumatică include:

- A. Mărirea unilaterală în volum a mușchiului maseter
- B.** Trismus persistent
- C.** Radioopacitate în masa musculară
- D. Îngrosarea unghiului mandibulei la inserția mușchiului maseter
- E. Laterodeviația mandibulei de partea afectată
(pag. 425)

24 O formațiune tumorală a părților moi oro-faciale poate fi diagnosticată drept fibrom dacă are următoarele caracteristici:

- A. Aspect dens și difuz
- B. Mucoasa acoperitoare este palidă cu vascularizație vizibilă prin transparență
- C.** Este localizată în raport cu un factor iritativ local
- D.** Formațiunea este înconjurată de o capsulă conjunctivă
- E.** Are aspect nodular cu dimensiuni variabile de la 0,5 cm până la 2 cm
(pag. 428-429)

Tema nr. 10

Chisturi, tumori benigne și osteopatii ale oaselor maxilare

Bibliografie asociată temei:

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero - Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială, vol. 1 și 2, Editura Q Med Publishing, București, 2009. pag. 450-471, 474-485, 488-510, 512-517

*** 1 Chisturile odontogene sunt:**

- A.** keratochistul odontogen
- B. chistul canalului incisiv
- C. chistul nazo-labial
- D. chistul nazo-palatin
- E. toate răspunsurile corecte
(pag. 450)

*** 2 Chisturile neodontogene sunt:**

- A. chistul folicular
- B. chistul de erupție
- C. chistul gingival al adultului
- D.** chistul median mandibular
- E. niciun răspuns corect
(pag. 450)

*** 3 Chisturi inflamatorii sunt:**

- A.** chistul rezidual
- B. chistul osos anevrismal
- C. chistul nazo-palatin
- D. chistul Gorlin
- E. chistul sialo-odontogen
(pag. 450)

*** 4 Keratochistul odontogen:**

- A. a fost denumit si chist primordial
 - B. reprezinta 5-10 % din totalul chisturilor odontogene
 - C. radiologic apare sub forma unor leziuni osoase radotransparente cu limite nete
 - D. tratamentul este chirurgical
 - E. toate raspunsurile sunt corecte**
- (pag. 453)

*** 5 Cherubismul**

- A. este o afectiune frecventa cu caracter familial
 - B. se manifesta de obicei in primele 3 luni de viata
 - C. copii au aspect de „heruvim,,**
 - D. exista 2 forme anatomo-clinice de cherubism
 - E. niciun raspuns corect
- (pag. 512)

6 Chisturi odontogene sunt:

- A. chistul dentiger**
 - B. chistul odontogen calcificat**
 - C. hematumul de eruptie**
 - D. chistul radicular
 - E. defectul osos Stafne
- (pag. 450)

7 Chisturi neodontogene sunt:

- A. chistul nazo-platin**
 - B. chistul nazo-labial**
 - C. chistul osos traumatic
 - D. chistul parodontal lateral
 - E. chistul gingival al nou-nascutului
- (pag. 450)

8 Chistul folicular:

- A. este denumit si chist dentiger**
 - B. diagnostic diferential se face cu ameloblastomul**
 - C. tratamentul consta in chistectomie**
 - D. recidivele sunt frecvente chiar si dupa indepartare completa
 - E. se transforma rapid in tumori maligne
- (pag. 458)

9 Chistul de eruptie:

- A. este analogul la nivelul partilor moi al chistului folicular**
 - B. nu are cauza dentara
 - C. mucoasa acoperitoare este franjurata
 - D. diagnosticul diferential nu ridica probleme**
 - E. examenul histopatologic este rareori efectuat**
- (pag. 458)

10 Chistul parodontal lateral:

- A. este un chist primordial derivate din resturile Malassez**
 - B. deriva din resturile lamei dentare**
 - C. radiologic se observa radiotransparenta de peste 3-4 cm
 - D. dintii adiacenti sunt mobile si devitali
 - E. diagnosticul diferential se face cu chistul radicular primordial**
- (pag. 460)

11 Chistul gingival al adultului:

- A. diagnosticul diferential se face cu tumorile maligne ale mandibulei
 - B. aspectul histopatologic este similar chistului parodontal lateral**
 - C. apar recidive si dupa extirparea completa
 - D. tratamentul consta in chistectomie simpla**
 - E. radiologic se evidentiaza resorbtie osoasa
- (pag. 461)

12 Chistul odontogen glandular:

- A. este o entitate anatomo-patologica frecventa
 - B. clinic apare frecvent la adolescenti
 - C. in majoritatea cazurilor afecteaza maxilarul in regiunea posterioara
 - D. initial este asimptomatic**
 - E. diagnosticul diferential se face cu ameloblastomul**
- (pag. 463)

13 Chistul nazo-palatin:

- A. este chistul canalului incisiv**
 - B. este cel mai rar chist neodontogen al cavitatii orale
 - C. este cel mai rar chist odontogen al cavitatii orale
 - D. radiologic se evidentiaza o radiotransparenta bine delimitata**
 - E. dupa extirpare completa nu apar recidive**
- (pag. 464)

14 Chistul nazo-labial:

- A. patogenia sa este incerta**
 - B. apare de obicei la persoanele adulte**
 - C. mai frecvent la sexul masculin
 - D. este un chist de dezvoltare**
 - E. apare frecvent in partile moi ale buzei superioare
- (pag. 465)

15 Chistul radicular:

- A.** este un chist inflamator endoosos
 - B.** este o complicatie a patologiei dentare
 - C. prezinta 2 forme anatomice
 - D.** este cel mai frecvent chist din patologia oaselor maxilare
 - E. toate raspunsurile sunt corecte
- (pag. 466)

16 Ameloblastomul intraosos solid sau multichistic

- A.** poate sa apara la orice varsta
 - B.** este rar intre 10-19 ani
 - C. este frecvent localizat la maxilar
 - D. radiologic are aspect de radiotransparenta multiloculara cu margini regulate
 - E.** initial tumora este asimptomatica
- (pag. 474)

17 Ameloblastomul unichistic:

- A.** poate aparea de novo sau prin transformarea tumorala benigna a epiteliului unui chist odontogen
 - B.** diagnosticul de ameloblastom chistic se stabileste dupa examenul histopatologic
 - C.** diagnosticul diferential se face cu chistul rezidual
 - D. radiologic se prezinta sub forma unei radiotransparente multiloculare slab delimitate
 - E. reprezinta 20-25% din totalul ameloblastoamelor
- (pag. 480)

18 Fibromul ameloblastic:

- A.** se confunda adeseori cu odontomul
 - B. localizarea predilecta este la mandibula in zona anterioara
 - C.** clinic este in general asimptomatic
 - D. are aspectul unei mase tumorale lichide aparent delimitate la exterior de o capsula
 - E. mai frecvent la sexul feminin
- (pag. 483)

19 Cementoblastomul:

- A. afecteaza mai adesea dintii maxilari
 - B. apare mai frecvent la adulti peste 30 de ani
 - C.** diagnosticul diferential se face osteoblastomul
 - D.** este o proliferare de tip hamartom a cementoblastilor
 - E.** se asociaza cu o simptomatologie dureroasa difuza
- (pag. 492)

*** 20 Grupa chisturilor de dezvoltare odontogene cuprinde:**

- A. Chistul median palatinal
 - B. Chistul rezidual
 - C. Chistul radicular
 - D.** Chistul gingival al adultului
 - E. "Chistul median mandibular"
- (pag. 450)

21 Expresia radiologica a chistului folicular (dentiger) poate imbraca o serie de aspecte, denumite variante:

- A.** Varianta "circumferentiala"
 - B. Varianta multiloculara
 - C. Varianta cu extensie distala
 - D.** Varianta cu extensie vestibulara
 - E.** Varianta cu extensie laterala
- (pag. 456)

22 In categoria chist gingival (alveolar) al nou-nascutului se incadreaza formatiunile care insumeaza urmatoarele aspecte:

- A. Sunt tumori cu "celule fantoma"
 - B. Dezvolta calcificari centrale bine circumscrise
 - C.** Pot evolua spre "marsupializare spontana"
 - D.** Involueaza spontan in primele 3 luni de viata
 - E.** Radiologic, nu se evidentiaza modificari osoase subiacente
- (pag. 462)

Tema nr. 11

Tumori maligne oro-maxilo-faciale

Bibliografie asociata temei:

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero - Compendiu de chirurgie oro-maxilo-faciale, vol. 1 si 2, Editura Q Med Publishing, Bucuresti, 2009. pag. 545-584

*** 1 Factorii de prognostic rezervat legati de adenopatia cervical sunt:**

- A. un numar crescut de ganglioni clinic pozitivi
 - B. prezenta ganglionilor la nivele cervicale inferioare
 - C. implicarea ganglionilor controlaterali sau bilateral
 - D. ruptura capsulara si invadarea partilor moi invecinate
 - E.** toate raspunsurile sunt corecte
- (pag. 569)

*** 2 Radiatiile solare:**

- ☒ A. Au lungimi de unda intre 200 si 1800 nm
- B. Spectrul infrarosu este de la 500 la 1400 nm
- C. Spectrul infrarosu este responsabil de modificarile tesutului conjunctiv
- D. Spectrul vizibil este de 760 la 1800 nano metri
- E. Radiatiile UVA sunt responsabile de arsurile solare

(pag. 546)

*** 3 Din cadrul leziunilor premaligne fac parte:**

- A. Fibroza submucoasa orala
- ☒ B. Eritroleucoplazia
- C. Lichenul plan
- D. Glosita sifilitica
- E. Candidoza hiperplazica

(pag. 551-552)

*** 4 Elementele clinice ale ulceratiei tumorale maligne oro-maxilo-faciale au urmatoarele caracteristici:**

- ☒ A. Fundul ulceratiei are aspect granular
- B. Fundul ulceratiei are aspect neted
- C. Marginile ulceratiei sunt rulate spre exterior
- D. Marginile ulceratiei au un versant extern anfractuos
- E. Marginile ulceratiei au un versant intern neted

(pag. 553)

*** 5 Cheilita actinica:**

- A. Apare mai frecvent la persoanele sub 45 de ani
- B. Afecteaza cu predilectie sexul feminin
- C. Se localizeaza in special la buza superioara
- ☒ D. Se localizeaza in special la buza inferioara
- E. Nici un raspuns nu este corect

(pag. 556)

6 Factorii de risc local in aparitia tumorilor maligne oro-maxilo-faciale sunt:

- ☒ A. Tutunul
- ☒ B. Alcoolul
- C. Varsta
- ☒ D. Radiatiile solare
- E. Paramixovirusurile

(pag. 545-546)

7 Factorii generali de risc in aparitia tumorilor maligne oro-maxilo-faciale sunt:

- ☒ A. Varsta
- B. Radiatiile solare
- ☒ C. Deficitul imunitar
- D. Alcoolul
- E. Fumatul

(pag. 547-548)

8 Zonele orale de maxim risc in aparitia tumorilor maligne oro-maxilo-faciale sunt:

- ☒ A. Buza
- ☒ B. Fata ventral a limbii
- ☒ C. Mucoasa jugala
- D. Fata dorsala a limbii
- E. Fibromucoasa palatina

(pag. 550)

9 Leziunile cu potential de malignizare sunt:

- ☒ A. Fibroza submucoasa orala
- ☒ B. Glosita sifilitica
- C. Eritroplazia
- ☒ D. Lichenul plan
- E. Leucoplazia

(pag. 550-552)

10 Leziunile premaligne sunt:

- A. Lichenul plan
- ☒ B. Eritroleucoplazia
- ☒ C. Eritroplazia
- D. Glosita sifilitica
- E. Candidoza

(pag. 550-552)

11 Factorii care influenteaza diseminarea metastatica a tumorii primare sunt:

- ☒ A. Localizarea primara a tumorii
- ☒ B. Dimensiunile tumorii primare
- ☒ C. Profunzimea invaziei
- ☒ D. Invazia perinervoasa
- E. Nici un raspuns nu este corect

(pag. 558)

12 Biopsia incizionala este indicata:

- A. Leziunilor tumorale de dimensiuni mici
- ☒ B. Tumorilor inoperabile
- ☒ C. Bolnavilor care refuza interventia chirurgicala
- D. Leziunilor acute inflamatorii
- E. Toate raspunsurile sunt false

(pag. 562)

13 Contraindicatiile biopsiei incizionale sunt date de :

- A.** Leziunile acute cu caracter inflamator
- B.** Leziunile vasculare
- C.** Tumori parotidiene
- D.** Zone anatomice cu risc vital
- E. Tumori inoperabile

(pag. 562)

14 Urmatoarele grade Papanicolau sunt adevarate:

- A.** Gradul 1 - absenta celulelor atipice
- B. Gradul 2 – citologie sugestiva pentru malignitate
- C. Gradul 3 – citologia anormala dar fara semne de malignitate(modificari de tip inflamator)
- D.** Gradul 4- citologie foarte sugestiva pentru malignitate
- E.** Gradul 5 – caracter net de malignitate

(pag. 563)

15 Localizarile cele mai comune pentru metastaze la distanta ale tumorilor maligne oro-maxilo-faciale sunt:

- A.** Plamanii
- B.** Ficatul
- C.** Oasele
- D. Colonul
- E.** Creierul

(pag. 569)

16 Asigurarea marginilor libere la nivelul partilor moi in cazul extirparilor curative se realizeaza:

- A.** Pentru tumorile T1 – margini libere negative la cel putin 1cm
- B. Pentru tumorile T1 – margini libere negative la cel putin 1.5 cm
- C.** Pentru tumorile T2 – margini libere negative la cel putin 2 cm
- D.** Pentru tumorile T3 – margini libere negative la cel putin 3 cm
- E. Pentru tumorile T4 – margini libere negative la cel putin 4 cm

(pag. 571)

17 Evidarea cervicala radicala implica indepartarea urmatoarelor:

- A.** Glanda submandibulara
- B.** Teaca carotica
- C. Vena jugulara externa
- D.** Ganglionii cervicali
- E.** Muschiul omohioidian

(pag. 575)

18 Evidarea cervicala in aceeaasi sedinta se face cand:

- A.** Se impune un abort cervical pentru tumora primara
- B. Pacientii sunt batrani si nu pot suporta mai multe interventii chirurgicale
- C.** Pacientii sunt tineri si pot suporta interventii chirurgicale de lunga durata
- D. Profilactic
- E. Toate raspusurile sunt corecte

(pag. 582)

19 Clasificarea TNM:

- A.** Tx – tumora primara nu poate fi evaluata
- B. T1 – tumora intre 2 si 4 cm in dimensiunea sa maxima
- C. T2 – tumora mai mare de 4 cm in dimensiunea sa maxima
- D.** T3 – tumora mai mare de 4 cm in dimensiunea sa maxima
- E.** T2 – tumora intre 2 si 4 cm in dimensiunea sa maxima

(pag. 566)

20 Evidarea cervicala laterala intereseaza:

- A.** Nivelul 2
- B.** Nivelul 3
- C. Nivelul 4
- D. Ganglionii suboccipitali
- E. Nici unul din raspunsurile de mai sus

(pag. 579)

*** 21 O parte din leziunile cu potential de malignizare ale cavitatii orale (fibroza submucoasa orala, glosita sifilitica, disfagia sideropenica) au drept simptomatologie comuna:**

- A. Odinofagia
- B.** Stomatopiroza
- C. Paresteziile limbii
- D. Stomatoragia
- E. Eroziunile

(pag. 550-551)

22 Factorii de prognostic rezervat legati de adenopatia cervicala presupun:

- A.** Ruptura capsulara si invadarea partilor moi
- B. Fixarea la planurile profunde a ganglionilor ipsilaterali
- C.** Prezenta ganglionilor la nivelele inferioare cervicale
- D. Numar crescut de ganglioni in vecinatatea tumorii primare
- E.** Numar crescut de ganglioni cervicali clinic pozitivi (pag. 569)

23 La evaluarea preterapeutica CT a metastazelor, ganglionii probabil "pozitivi" imbraca urmatoarele aspecte:

- A. Masa discreta bine delimitata cu diametrul sub 1,5 cm
- B.** Grupuri de 3 sau mai multi ganglioni cu diametre intre 0,6-1,5 cm, cu margini slab definite sau juxtapuse
- C. Grupuri de 1-3 ganglioni aderenti la planul fascial
- D.** Masa prost definita sau cu margini neregulate, care contine ganglion limfatic
- E. Raporturi de stransa vecinatate sau cel putin de apropiere intre tumora primara si grupul ganglionar (pag. 564)

Tema nr. 12

Patologia articulatiei temporo-mandibulare

Bibliografie asociata temei:

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero - Compendiu de chirurgie oro-maxilo-faciala, vol. 1 si 2, Editura Q Med Publishing, Bucuresti, 2009. pag. 679-685, 687-693, 695-702

*** 1 Una din urmatoarele metode terapeutice in sindromul algodisfunctional este contraindicata la ora actuala:**

- A. Un regim alimentar semilichid pe toata durata tratamentului
- B.** Imobilizare intermaxilara prin blocaj rigid
- C. Administrarea de analgezice si miorelaxante cu actiune centrala
- D. Fizioterapia prin caldura superficiala sau in profunzime
- E. Mecanoterapia (pag. 683)

*** 2 Diagnosticul diferential al artritei infectioase nespecifice se face cu urmatoarele afectiuni, cu exceptia:**

- A. Foliculita pretragiana
- B.** Luxatia articulatiei temporomandibulare
- C. Furunculul pretragian
- D. Limfangita pretragiana
- E. Parotiditele urliene (pag. 696)

*** 3 Pozitiile patologice ale condilului in sindromului algodisfunctional sunt:**

- A. Pozitia craniala in fosa glenoida
- B. Pozitia caudala
- C. Pozitia dorsala
- D. Pozitia ventrala
- E.** Toata raspunsurile sunt corecte (pag. 679)

*** 4 Durerea in sindromul algodisfunctional este:**

- A. Cu caracter acut
- B. Este simptomul predominant
- C. Este constanta
- D. Este bine localizata
- E.** Toata raspunsurile sunt adevarate (pag. 681)

*** 5 Hiperplazia condiliana apare mai frecvent in perioada:**

- A.** 13-17 ani
- B. 18-30 ani
- C. 20-40 ani
- D. 50-60 ani
- E. 16-32 ani (pag. 687)

6 Factorii etiologici ce pot provoca devierea condiliilor de la pozitia lor normala sunt:

- A.** Pierderea molarilor si premolarilor
- B.** Stopuri ocluzale insuficiente in zona molarilor
- C.** Contacte premature cu devieri si rotatii ale mandibulei
- D.** Interfente in lateralitate
- E. Nici unul din raspunsurile de mai sus (pag. 679)

7 Pozitiile patologice ale condilului in sindromul algo disfunctional sunt:

- A. Pozitia centrica
- B. Pozitia caudala, datorata pierderii molarilor si premolarilor**
- C. Pozitia cranial in fosa, care are ca rezultat o comprimare a discului**
- D. Pozitia dorsala**
- E. Pozitia ventrala**

(pag. 679)

8 Semnele clinice subiective in sindromul algo disfunctional sunt:

- A. Oboseala musculara**
- B. Hipotonia muschilor masticatori
- C. Senzatie de obstructive auriculara unilateral**
- D. Deviatii ale mandibulei
- E. Durere**

(pag. 681)

9 Semnele clinice in contuziile ATM sunt:

- A. Trismus accentuat
- B. Devierea mentonului de partea afectata
- C. Hiposialie
- D. Durere articulara spontana**
- E. Articulatie sensibila la palpare**

(pag. 687)

10 Factorii favorizanti in luxatia anteroara acuta temporo –mandibulara sunt:

- A. Laxitatea capsulei articulare**
- B. Cavitate glenoida putin adanca**
- C. Deformari condiliene**
- D. Cresterea tonicitatii muschilor masticatori
- E. Toate raspunsurile sunt false

(pag. 688)

11 In luxatia temporo – mandibulara anteroara bilaterala sunt prezente urmatoarele semne clinice:

- A. Inocluzie verticala frontal**
- B. Linie interincisiva deviata
- C. Depresiune pretragiana**
- D. Mandibula este retrudata
- E. Gura este partial deschisa**

(pag. 688)

12 Luxatia temporo mandibulara anteroara unilateral se manifesta prin:

- A. Contact molar doar pe partea afectata**
- B. Linie interincisiva deplasata contralateral**
- C. Obrazul este relaxat pe partea afectata
- D. Obraz turtit si alungit pe partea opusa
- E. Toate raspunsurile sunt adevarate

(pag. 689)

13 In luxatia temporo mandibulara posteroara apar urmatoarele simptome:

- A. Obrazi turtiti**
- B. Prognatism mandibular
- C. Gura intredeschia la 1-2 cm**
- D. Otoragie**
- E. Miscari mandibulare absente**

(pag. 693)

14 Retrodiscita este:

- A. Proces inflamator al capsulei si sinoviei
- B. Produsa prin traumatism articular acut**
- C. Cu frecventa mica**
- D. Produsa prin deplasari anteroare exagerate**
- E. Produsa prin tulburari de ocluzie instalate treptat

(pag. 695)

15 Simptomatologia artritei reumatoide este:

- A. Tumefactie articulara**
- B. Limitarea progresiva a functiei articulare**
- C. Crepitatii**
- D. Modificari ale ocluziei**
- E. Nici unul din raspunsurile de mai sus

(pag. 697)

16 Diagnosticul diferential al artritei infectioase nespecifice se face cu:

- A. Pericoronarita supurata
- B. Furunculul pretragian**
- C. Limfadenita pretragiana**
- D. Parotiditele urliene**
- E. Foliculita pretragiana**

(pag. 696)

17 Particularitatile afectiunilor degenerative artrozice sunt:

- ☒ A. Apare la 40% din populatia peste 60 de ani
- ☒ B. Consecutive traumatismelor articulare in antecedente
- ☒ C. Consecutive bruxismului
- ☒ D. Deteriorarea tesutului articular moale
- E. Examenul RX se efectueaza obligatoriu cu gura deschisa

(pag. 699)

18 Hiperplazia condiliana se caracterizeaza prin:

- ☒ A. Apare mai frecvent la pacientii cu varsta intre si 13-27 ani
- ☒ B. Etiopatogenie ereditara in afectarile bilaterale
- ☒ C. Alungirea ramului si corpului mandibulei de partea afectata
- D. Ocluzie deschisa in zona frontala
- E. Toate raspunsurile sunt false

(pag. 687)

19 Durerea in sindromul algo-disfunctional este:

- ☒ A. Constanta
- B. Insconstanta
- ☒ C. Are caracter acut
- D. Are caracter cronic
- ☒ E. Este simptomul predominant

(pag. 681)

20 Luxatia laterala are urmatoarele caracteristici:

- ☒ A. Frecventa extrem de rara
- ☒ B. Posibila numai prin asociere cu fractura subcondiliana
- ☒ C. Ocluzie incrucisata
- ☒ D. Predomina semnele fracturii subcondiliene
- E. Menton deviat de partea opusa leziunii

(pag. 693)

*** 21 Semnele obiective ale sindromului algo-disfunctional pot cuprinde:**

- A. Obstructie auriculara unilaterala
- B. Oboseala musculara
- ☒ C. Deviatii mandibulare
- D. Crepitatii
- E. Spasm muscular

(pag. 681)

*** 22 In etiopatogenia subluxatiei anterioare temporo-mandibulare putem intalni:**

- A. Anomalii de forma ale componentelor articulare
- ☒ B. Coordonarea musculara deficitara
- C. Spasme musculare
- D. Traumatisme directe (pe menton, cu gura inchisa)
- E. Traumatisme indirecte (cascad larg, luxarea mandibulei la extractia unui dinte)

(pag. 691)

Tema nr. 13

Patologia glandelor salivare

Bibliografie asociata temei:

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero - Compendiu de chirurgie oro-maxilo-faciala, vol. 1 si 2, Editura Q Med Publishing, Bucuresti, 2009. pag. 719-720, 723-738, 744-753, 760-770

*** 1 Litiaza salivara afecteaza cel mai frecvent cu varste intre:**

- A. 5-10 ani
- B. 10-15 ani
- C. 20-30 ani
- ☒ D. 30-60 ani
- E. 60-70 ani

(pag. 723)

*** 2 In abcesul salivar prin ostiumul canalului de excretie se elimina:**

- A. Saliva cu aspect normal
- B. Saliva opalescent
- ☒ C. Puroi
- D. Secretie seroasa
- E. Secretie sero-sangvinolenta

(pag. 727)

*** 3 Litiazele glandelor salivare accesorii sunt:**

- A. Frecvente
- B. Foarte frecvente
- C. Rare
- D. Foarte rare
- ☒ E. Exceptionale

(pag. 728)

*** 4 Tratamentul de electie in cazul calculilor situati la nivelul canalului Stenon este:**

- A. Litotritia extracorporeala
- B. Parotidectomia superficiala
- ☒ C. Endoscopic
- D. Parotidectomia totala
- E. Nici una din variantele mentionate

(pag. 733)

* 5 **Adenomul pleomorf se localizeaza cel mai frecvent la nivelul:**

- A. Glandelor salivare accesorii
 - B. Parotidei**
 - C. Glandei submandibulare
 - D. Glandei sub-linguale
 - E. Nici una din localizările menționate
- (pag. 744)

6 **In lipsa unui tratament imediat, sechelele cele mai frecvente si mai importante ale plagilor post-traumatice parotidice sunt:**

- A. Hemoragia
 - B. Hematomul
 - C. Fistula salivara**
 - D. Sindromul Frey
 - E. Paralizia de nerv facial**
- (pag. 719)

7 **Intreruperea continuitatii canalului steno necesita:**

- A. Sutura acestia dupa descoperirea ambelor capete**
 - B. Repozitionarea transjugala a segmentului posterior sectionat**
 - C. Radioterapie in doze sclerozante
 - D. Plastia cu grefa
 - E. Parotidectomie totala
- (pag. 719)

8 **Semnele clinice ale serostomiei sunt:**

- A. Mucoasa orala rosie, acoperita frecvent de depozite candidozice**
 - B. Mucoasa orala este umeda palida
 - C. Limba depapilata**
 - D. Ragade comisurale**
 - E. Carioactivitate crescuta, in special carii de colet**
- (pag. 722)

9 **Calculii salivari sunt formati in principal din:**

- A. Fosfati de calciu**
 - B. Fosfati de sodium
 - C. Oxalati de calciu**
 - D. Oxalati de potasiu
 - E. Carbonat de calciu**
- (pag. 725)

10 **Calculii intracanaliculari au urmatoarele caracteristici:**

- A. Forma sferoidala
 - B. Sunt ovoidali**
 - C. Fusiformi**
 - D. Au un sant longitudinal**
 - E. Culoare galbuie**
- (pag. 725)

11 **Litiaza salivara:**

- A. Apare cel mai frecvent in canalul Stenon
 - B. Afecteaza preponderant sexul masculine**
 - C. Este mai frecvent in canalul Wharton sau glanda submandibulara**
 - D. Este intalnita cel mai frecvent intre 30-60 de ani**
 - E. Afecteaza preponderant sexul feminine
- (pag. 723)

12 **Dupa Dan Theodorescu, colica salivara se manifesta prin:**

- A. Febra
 - B. Criza dureroasa**
 - C. Sialoree reflexa
 - D. Tumora salivara fantoma**
 - E. Congestive tegumentara salivara
- (pag. 726)

13 **Submaxilectomia este necesara cand:**

- A. Exista stadiul de abces salivar
 - B. Calcul situate intraglandular cu diametrul mai mic de 8 mm
 - C. Esecul litotritiei extracorporeala**
 - D. Calculi intraglandulari multipli**
 - E. Exista calculi pe canalul Wharton palpabili in planseu in treimea anterioara
- (pag. 733)

14 **Parotidectomia in litiaza parotidiana se practica astfel:**

- A. In mod cu totul exceptional**
 - B. Cand exista calculi multipli (mai multi de 3) situati intraglandular**
 - C. Dupa esecul litotritiei**
 - D. Cand calculi sunt situati intracanalicular in apropierea orificului de excretie
 - E. Toate raspunsurile sunt corecte
- (pag. 733)

15 Adenomul pleomorf:

- A.** Se localizeaza cel mai frecvent la nivelul parotidei
 - B. Se localizeaza cel mai frecvent la nivelul glandei submandibulare
 - C.** Apare in special in perioada 40-60 de ani
 - D. Apare in special in perioada 20-30 de ani
 - E. Toate raspunsurile sunt false
- (pag. 744)

16 Indiferent de localizare, evolutia adenomului pleomorf este:

- A.** Crestere lenta progresiva
 - B. Crestere rapida
 - C.** Absenta durerii
 - D. Durere
 - E. Se asociaza adenopatia cervical
- (pag. 744)

17 Semnele clinice de malignizare ale adenomului pleomorf parotidian sunt:

- A.** Alterarea starii genarale
 - B.** Aparitia adenopatiei locoregionale
 - C.** Fixarea la tesuturile adiacente
 - D.** Paralizia pe traectul unor ramuri sau pe tot teritoriul nervului facial
 - E. Hiposialie
- (pag. 747)

18 Tumora Warthin

- A.** Apare mai frecvent intre 50-60 de ani
 - B. Apare mai fervent intre 30-60 de ani
 - C.** Afecteaza mai frecvent sexul masculine
 - D. Afecteaza mai frecvent sexul feminine
 - E.** Este in stransa interdependent cu fumatul
- (pag. 748)

19 Carcinoul adenoid chistic apare:

- A. La copii
 - B. La adolescent
 - C.** La varsta adulta
 - D. Mai frecvent la sexul masculin
 - E.** Fara predilectie la un anumit sex
- (pag. 751)

20 Sindromul Frey se caracterizeaza prin:

- A. Asialie
 - B.** Hiperemia tegumentelor parotideo-maseterine
 - C. Pareza nervului facial
 - D.** Hipersudoratie in regiunea operata in timpul meselor
 - E. Hiperestezie in teritoriul nervului auriculo-temporar
- (pag. 764)

*** 21 Tratamentul chirurgical al fistulelor salivare presupune:**

- A. Chiuretajul traiectului si orificiului fistulos
 - B. Cateterizarea si coagularea traiectului fistulos
 - C. Fistulografia
 - D.** Suprimarea temporara a secretiei salivare
 - E. Parotidectomie partiala de necesitate
- (pag. 720)

22 Abcesul salivar din triada salivara descrisa de Dan Theodorescu include ca aspecte clinice:

- A. "Hernia" salivara
 - B.** Dureri intense, lancinante, sublingual unilateral
 - C.** Tumefactia in "creasta de cocos" a hemiplanseului afectat
 - D.** Canalul Wharton ingrosat elimina puroi
 - E. Uscaciunea gurii
- (pag. 727)

23 Imaginea radiologica intalnita in explorarea parotiditei recurente juvenile (parotidita cronica de crestere) imbraca aspect de:

- A.** Dilatare neregulata cu aspect moniliform ("sirag de margele")
 - B. "Lacuna sialografica"
 - C.** "Pom inflorit"
 - D. "Arbore mort"
 - E. "Minge tinuta in mana"
- (pag. 736)

Bibliografie asociată temei:

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero - Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială, vol. 1 și 2, Editura Q Med Publishing, București, 2009. pag. 787-816

* 1 **Tratamentul ortodontic prechirurgical:**

- A. este ultima etapă în planul general de tratament
- B. tratamentul chirurgical trebuie instituit înainte ca dezvoltarea somatică să se fi încheiat
- C. Tratamentul ortodontic depinde de rezultatul chirurgical
- D.** Obiectivele terapiei ortodontice se stabilesc în funcție de tipul de intervenție chirurgicală care se prefigurează
- E. Deplasările dentare se fac mai lent în primele trei luni postoperator

(pag. 787)

* 2 **Decompensarea ortodontică:**

- A.** în mod fiziologic dentiția va compensa funcțional anomalia
- B. nu există potențial recidivant postchirurgical
- C. indicația tratamentului chirurgical este dată doar de succesul tratamentului ortodontic
- D. nu este necesară repositionarea ortodontică a arcadei dentoalveolare în funcție de tratamentul chirurgical
- E. nu sunt frecvente recidivele în cadrul chirurgiei segmentare

(pag. 787)

* 3 **În cadrul tratamentului chirurgical:**

- A.** Planificarea cefalometrică prechirurgicală oferă informații esențiale pentru intervenția chirurgicală
- B. Nu se poate evalua preoperator rezultatul intervenției
- C. Evaluarea cefalometrică se poate face doar prin metode computerizate
- D. Planificarea intervenției se face doar cu ortopantomografie
- E. Evaluarea cefalometrică computerizată nu prezintă nici un dezavantaj

(pag. 787)

* 4 **Osteotomia sagitală a ramului mandibular**

- A. este tehnica cea mai puțin utilizată
- B. intervenția se practică cu abord exooral
- C. intervenția lasă cicatrici inestetice faciale
- D.** intervenția se practică bilateral
- E. prin această metodă se pot corecta doar anomaliile în plan orizontal

(pag. 790)

* 5 **În cadrul intervențiilor chirurgicale pentru anomaliile de clasa III-a**

- A. se avansează mai întâi maxilarul inferior
- B.** gutiera intermediară este necesară doar pentru intervențiile chirurgicale bimaxilare
- C. gutiera chirurgicală reflectă raporturile ocluzale între maxilarul avansat și mandibula sectionată
- D. sunt intervenții chirurgicale monomaxilare
- E. nu este necesară confecționarea unei gutiere finale

(pag. 789)

6 **Planificarea intervenției chirurgicale pe baza studiului cefalometric**

- A.** După etapa de tratament ortodontic prechirurgical, este necesară o nouă evaluare cefalometrică
- B.** Planificarea cefalometrică chirurgicală oferă informații esențiale pentru intervenția chirurgicală
- C.** Este necesară o nouă teleradiografie de profil
- D. Mijloacele moderne computerizate nu prezintă nici un avantaj
- E. Mijloacele moderne computerizate nu prezintă dezavantaje

(pag. 787)

7 **Tehnicile chirurgicale de osteotomie utilizate în prezent pentru mandibula sunt următoarele**

- A. osteotomia orizontală a ramului orizontal mandibular (Obwegesser-Dal Pont)
- B.** osteotomia verticală a ramului mandibular cu retrudare
- C.** osteotomia "In L inversat" a ramului mandibular cu retrudare
- D. doar osteotomia corpului mandibular (Blair modificată)
- E.** adeseori este necesară o intervenție de genioplastie

(pag. 789)

8 **Osteotomia sagitală a ramului mandibular (Obwegesser-Dal Pont)**

- A.** este metoda cea mai utilizată chirurgical
- B.** intervenția se aplică prin abord endooral
- C. intervenția se practică unilateral
- D.** linia de osteotomie interesează corticala internă a mandibulei între spina Spix și incizura sigmoidă
- E.** poate implica retrudarea pentru anomaliile de clasa a III-a

(pag. 790)

9 Osteotomia verticala a ramului mandibular (Caldwell Lettermann)

- A. este o interventie mai rar folosita
- B. se poate efectua doar pe cale endoorala
- C. se poate efectua doar pe cale exoorala
- D. se poate efectua atat pe cale endoorala cat si pe cale cutanata**
- E. linia de osteotomie are traiect de la unghiul mandibulei pana la incizura sigmoidala**

(pag. 791)

10 Osteotomia cu ostectomia corpului mandibular (Blair)

- A. este o interventie mai rar aplicata**
- B. conditia de baza este ocluzia functionala la nivelul grupului lateral**
- C. este indicata in cazul anomaliiilor de clasa a III-a cu prognatism mandibular**
- D. este indicata in cazurile cu edentatie frontala
- E. exista un risc minim de lezare a pachetului vasculonervos alveolar inferior

(pag. 792)

11 Anomaliile in plan vertical prin deficit maxilar se caracterizeaza prin:

- A. Etajul inferior al fetei micșorat**
- B. Buza superioara pare alungita
- C. Mentonul pare/este retrudat
- D. Mentonul pare/este proeminent**
- E. Buza superioara pare scurtata**

(pag. 810)

12 Tratamentul ortodontic prechirurgical consta in:

- A. Decompensare ocluzala**
- B. Pozitionarea dintilor in functie de baza osoasa**
- C. Corectia arcadei dentare**
- D. Degajari coronare
- E. Extractia molarilor de minte

(pag. 787)

13 Planificarea interventiei se face cu ajutorul unei teleradiografii de profil pe care, trasarea reperelor urmareste sa stabileasca:

- A. Viitoarea pozitie a fragmentelor osoase**
- B. Necesitatea si amplitudinea unei genioplastii**
- C. Necesitatea unor interventii asociate**
- D. Viitoarea pozitie a partilor moi
- E. Eliberarea cailor respiratorii

(pag. 787-788)

14 Complicatiile intraoperatorii in chirurgia ortognata:

- A. Lezarea nervului supraorbital
- B. Fractura etajului anterior al bazei craniului
- C. Fractura lamelor pterigoide**
- D. Sectionarea arterei maxilare**
- E. Leziuni oftalmice**

(pag. 795)

15 Dupa osteotomia sagitala si verticala a mandibulei pot aparea:

- A. Tulburari neurosenzoriale**
- B. Leziuni ale nervului alveolar inferior**
- C. Leziuni oftalmice
- D. Hemangioame**
- E. Necroze**

(pag. 795)

16 In cazul anomaliiilor dento-maxilare de clasa a III-a tratamentul vizeaza:

- A. Retrudarea mandibulei prognate**
- B. Avansarea maxilarului in cazurile cu retrognatism maxilar**
- C. Asocierea acestora**
- D. Avansarea mandibulei prognate
- E. Retrudarea maxilarului

(pag. 796)

17 Procedeele chirurgicale ortognate la mandibula aplicate de-a lungul timpului:

- A. Interventii pe condilul mandibular**
- B. Interventii pe unghiul mandibular**
- C. Osteotomii orizontale pe ramul ascendant al mandibulei
- D. Osteotomii segmentare
- E. Osteotomii oblice

(pag. 790)

18 Complicatiile intraoperatorii in chirurgia ortognata:

- A. Lezarea nervului infraorbital**
- B. Fractura etajului anterior al bazei craniului
- C. Fractura lamelor pterigoide**
- D. Sectionarea arterei maxilare**
- E. . Leziuni oftalmice**

(pag. 795)

19 Deplasările dentare ortodontice se fac pe baza:

- ☒ A. Ocluzogramei
- ☒ B. Analizei pe modele de studiu
- ☒ C. Schemelor de predicție cefalometrică
- ☒ D. Schemelor de predicție chirurgicală
- E. Audiogramei

(pag. 787)

20 În cazul anomaliilor dento-maxilare clasa a II-a tratamentul chirurgical urmărește:

- ☒ A. Avansarea mandibulei retrognate
- ☒ B. Retrudarea maxilarului prognat
- ☒ C. Asocierea între acestea
- ☒ D. Retrudarea mandibulei prognate
- E. Avansarea maxilarului prognat

(pag. 805)

*** 21 Osteotomia tip Le Fort I "înaltă" prezintă ca dezavantaje:**

- A. Insuficiența velo-faringiană
- B. Deviația de sept nazal
- C. Fractura necontrolată a bazei craniului
- ☒ D. Tulburări funcționale datorate avansării maxilarului
- E. Hipoplazia regiunii infraorbitare, inclusiv a peretelui lateral al orbitei

(pag. 794)

22 Tratamentul chirurgical în anomaliile dento-maxilare are drept obiective:

- ☒ A. Permeabilizarea cailor aeriene
- ☒ B. Ocluzie echilibrată și funcțională
- C. Modificarea axelor grupului dentar afectat
- ☒ D. Redarea poziției normale a articulației temporo-mandibulare
- E. Rezolvarea concomitentă a anomaliilor dentare izolate sau de grup

(pag. 777)

23 Tehnicile chirurgicale de osteotomie a mandibulei indicate în anomaliile dento-maxilare sunt:

- A. Osteotomia tip Le Fort I "înaltă"
- ☒ B. Osteotomia în "L inversată" (Datillo)
- ☒ C. Osteotomia sagitală (Obwegeser - Dal Pont modificată de Epker)
- D. Osteotomia sagitală
- ☒ E. Osteotomia verticală (Caldwell - Letterman)

(pag. 789)

Tema nr. 15

Despicături labio-maxilo-palatine

Bibliografie asociată temei:

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero - Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială, vol. 1 și 2, Editura Q Med Publishing, București, 2009. pag. 824-855

*** 1 Embrionul de 34 de zile va avea:**

- A. procesele laterale palatine
- ☒ B. procesul nazal lateral
- C. palatul primar
- D. procesul pterigoid
- E. procesul nasal superior

(pag. 824)

*** 2 Care din următoarele afirmații sunt caracteristice pentru despicătura palatină unilaterală totală:**

- A. defectul labial congenital este bilateral
- B. despicătura labială este totală și bilaterală
- ☒ C. podeaua nazală lipsește de partea despicată
- D. lipsește planșeul nazal bilateral
- E. procesul nasal superior

(pag. 829)

*** 3 Care din următoarele sunt puncte de bază în reconstrucția chirurgicală prin tehnica Malek 90°:**

- ☒ A. punctul ce marchează înălțimea arcului de partea sanatoasă
- B. centrul arcului Cupidon
- C. vârful extern al arcului Cupidon
- D. vârful intern al arcului Cupidon
- E. planșeul nazal de partea sanatoasă

(pag. 834)

*** 4 Uranostafiloschizis semnifică:**

- A. despicătura premaxilei și procesului alveolar
- ☒ B. despicătura valului palatin (stafiloschizis) și a palatului secundar
- C. despicătura în formă minimă (schitată)
- D. lueta bifidă, ca semn unic
- E. aspectul translucid valului palatin

(pag. 844)

* 5 Care din urmatoarele nu fac parte din cele mai frecvente sechele postoperatorii dupa despicături labio-maxilo-palatine:

- A. supradimensionarea roșului de buza
- B. comunicari oro-nazale
- C. fistule ale planșeu lui nazal
- D. supuratii ale lojelor fetei**
- E. deformații ale nasului

(pag. 847)

6 Embrionul de 34 de zile va avea:

- A. procesul nazal lateral**
- B. procesul nazal medial**
- C. procesul nazo-maxilar**
- D. procesul mandibular**
- E. procesele laterale palatine

(pag. 824)

7 Despicaturile labiale pot coexista in cadrul unor malformații cranio-faciale cum sunt:

- A. sindromul Down**
- B. sindromul Optiz**
- C. sindromul "cri du chat"**
- D. sindromul Mikulicz
- E. sindromul Patau**

(pag. 826)

8 Care din urmatoarele afirmatii sunt caracteristice pentru despicătura labială bilaterală simetrică:

- A. este o despicatura simpla**
- B. defectul are același aspect clinic bilateral**
- C. nu afecteaza osul alveolar sau podeaua nazala**
- D. malformația afecteaza toată structura buzei până la palatul primar
- E. dehiscența cuprinde roșul de buze și se extinde variabil și in părțile moi labiale (tegument) până la șanțul nazo-labial, fara afectarea acestuia

(pag. 828)

9 Dupa Valerian Popescu, pe criterii morfologice și embriologice, despicaturile partiale pot fi :

- A. anterioare incomplete**
- B. anterioare complete**
- C. totale unilaterale
- D. posterioare incomplete**
- E. posterioare complete**

(pag. 829)

10 Care din urmatoarele sunt avantaje ce au impus utilizarea placutei palatine in cazurile clinice cu despicaturi largi:

- A. ușureaza alimentatia prin facilitarea suctiunii**
- B. faciliteaza regenerarea osoasa**
- C. ghideaza creșterea segmentelor maxilare care tind sa se uneasca pe linia mediana
- D. impiedica interpozitionarea limbii in despicatura**
- E. elimina folosirea suzetei**

(pag. 834)

11 Amploarea tulburarilor mecanice a copiilor cu despicatura variaza :

- A. daca este o despicatura labiala sau labio-palatina**
- B. daca aceasta este unilaterala sau bilaterala**
- C. daca este insotita de agenezie
- D. daca este insotita de hipoplazia segmentelor maxilare**
- E. daca este insotita de hiperplazia segmentelor maxilare

(pag. 828)

12 Dupa clasificarea lui Veau, despicatura labiala bilaterala totala :

- A. se asociaza cu despicatura palatina**
- B. determina divizarea regiunii labiale in doua parti
- C. determina divizarea regiunii labiale in trei parti**
- D. nu afecteaza procesul alveolar
- E. prezinta prolabium hipoplazic**

(pag. 829)

13 Despicatura labiala unilaterala totala intereseaza:

- A. partile moi labiale
- B. doar planseul nazal
- C. doar procesul alveolar
- D. in totalitate partile moi labiale, planseul nazal si procesul alveolar**
- E. se poate asocia si cu despicatura palatina unilaterala totala**

(pag. 831)

14 Dupa clasificarea lui Veau, in despicatura palatina simpla cu urano-stafiloschisis

- A. este interesat palatul dur in totalitate
- B. este interesat palatul dur partial**
- C. este interesat valul palatin in totalitate**
- D. toate de mai sus
- E. este interesat procesul alveolar

(pag. 829)

15 In depicatura palatina, la nivelul valului palatin se observa clinic:

- A. continuitatea musculaturii inserate pe aponevroza velara
- B. discontinuitatea musculaturii inserate pe aponevroza velara**
- C. lipsa de fuziune mediana a muschilor peristafilin extern, intern, palatoglos, palatofaringian si palatostafilin**
- D. fuziunea mediana a muschilor palatoglos, palatofaringian si palatostafilin
- E. fuziunea mediana a muschilor peristafilin extern si intern

(pag. 842)

16 Dupa Valerian Popescu despicatorile se clasifica in:

- A. Despicatura partiala a procesului alveolar
- B. Despicatura totala a procesului alveolar
- C. Asociate**
- D. Totale**
- E. Despicatura palatine unilateral totala

(pag. 829)

17 Dupa clasificarea lui Veau, in despicatora labiala unilateral totala sunt afectate :

- A. structura buzei pana la santul nazo-labial, fara afectarea acestuia
- B. toata structura buzei pana la palatul primar**
- C. se poate asocia cu despicatora palatina**
- D. nu modifica podeaua nazala
- E. afecteaza procesul alveolar

(pag. 828)

18 Clasificarea lui Veau a, despicatorilor labiale include:

- A. despicatora labial cicatriceala**
- B. despicatora partial anterioara
- C. despicatora labiala bilateral asimetrica**
- D. despicatora labiala centrala**
- E. despicatori asociate

(pag. 828-829)

19 Avantajele utilizarii placutei palatine in despicatorile largi labiale unilaterale totale sunt:

- A. usureaza respiratia
- B. usureaza alimentatia**
- C. ghideaza cresterea segmentelor maxilare**
- D. impiedeca interpozitia limbii in despicatora**
- E. elimina folosirea suzetei**

(pag. 834)

20 Cele mai frecvente sechele postoperatorii dupa despicatorile labio-maxilo-palatine sunt

- A. subdimensionarea rosului de buza
- B. supradimensionarea rosului de buza**
- C. discontinuitatea liniei cutaneo-mucoase**
- D. fistule cutanate
- E. comunicare oro-sinusala

(pag. 847)

*** 21 In tabloul clinic din sindromul Pierre-Robin apar:**

- A. Sudarea vertebrelor cervicale
- B. Retrognatie**
- C. Arinencefalie
- D. Malformatii cardiace
- E. Glosodinie

(pag. 826)

*** 22 In despicatora unilateral totala larga, tratamentul ortopedic prechirurgical utilizeaza placuta palatina pentru avantaje precum:**

- A. Impiedicarea interpozitionarii limbii in despicatora**
- B. Usurarea respiratiei
- C. Stimularea cresterii bonturilor osoase
- D. Eliminarea utilizarii biberonului si stimularea alimentatiei cu lingurita
- E. Repozitionarea segmentelor maxilare

(pag. 834)

Tema nr. 16

Durerea in teritoriul oro-maxilo-facial. Nevralgia de trigemen

Bibliografie asociata temei:

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero - Compendiu de chirurgie oro-maxilo-faciala, vol. 1 si 2, Editura Q Med Publishing, Bucuresti, 2009. pag. 916-919

*** 1 Dupa infiltratii la nivelul ganglionului Gasser (in cavul Meckel) cu alcool, timpul mediu de recurența variaza intre:**

- A. 6 si 24 luni
- B. 12 si 36 luni
- C. 12 si 52 saptamani
- D. 6 si 47 luni**
- E. 5 si 7 ani

(pag. 918)

* 2 **Dintre efectele adverse ale gabapentinului fac parte:**

- A. hiponatremia
- B. hipercolesterolemie
- C. sedare**
- D. crestere in greutate
- E. greata

(pag. 918)

* 3 **Varsta medie la debutul nevralgiei trigeminale idiopatice este de:**

- A. 52-58 de ani**
- B. 30-40 de ani
- C. 60-70 de ani
- D. 58-72 de ani
- E. 42-78 de ani

(pag. 916)

* 4 **Tratamentul chirurgical al nevralgiei de trigemen nu vizeaza:**

- A. blocajul chimic anestezic
- B. procedure neolitice percutanate
- C. termocoagularea prin radiofrecventa
- D. infiltratii cu ser fiziologic**
- E. precedeul Janetta

(pag. 918)

* 5 **Dintre efectele adverse ale lamotriginei fac parte:**

- A. alopecie
- B. crestere in greutate
- C. hirsutism
- D. leucopenia
- E. rash**

(pag. 918)

* 6 **In nevralgia nervului laringeu superior durerea nu este:**

- A. puternica
- B. lancinanta
- C. situata in regiunea laringiană mediana**
- D. cu caracter paroxistic
- E. iradianta spre partea superioară a cartilajului tiroid, unghiul mandibular și spre regiunea auriculara

(pag. 919)

7 **Nevralgia trigeminala idiopatica se caracterizeaza prin:**

- A. este frecvent asociata cu afectarea motorie in teritoriul trigemenului
- B. apare frecvent pana in 40 de ani
- C. crize dureroase deosebit de intense**
- D. este frecvent bilaterala
- E. durerea are caracter lancinant, de soc electric**

(pag. 916)

8 **Clasificarea cauzala a durerii oro-maxilo-faciale:**

- A. de cauza neurogena**
- B. de cauza somatica**
- C. de cauza psihogena**
- D. de cauza dentara
- E. de cauza musculara

(pag. 916)

9 **Care din urmatoarele sunt criterii de diagnostic in nevralgia trigeminala clasica:**

- A. durerea este cu caracter surd, greu de localizat, profunda
- B. atacuri paroxistice de durere cu durată de la fracțiuni de secunda până la 2 minute, afectând una sau mai multe ramuri ale nervului trigemen**
- C. atacurile sunt stereotipe la fiecare individ**
- D. există deficit neurologic evident clinic
- E. atacurile afecteaza totdeauna o singura ramura a nervului trigemen

(pag. 917)

10 **Nevralgia simptomatica poate fi produsa de:**

- A. tumori localizate la nivelul unghiului pontocerebelos**
- B. neurinom de acustic**
- C. infiltratiile anestezeice
- D. hemangiom
- E. chist epidermoid**

(pag. 917)

11 **In nevralgia trigeminala clasica durerea are cel putin una din urmatoarele caracteristici:**

- A. intensa**
- B. ascutita**
- C. superficiala**
- D. declansata de factorii trigger**
- E. profunda

(pag. 917)

12 Diagnosticul diferențial al nevralgiei de trigemen se face cu:

- ☒ A. nevralgia de nerv glosio-faringian
- ☒ B. nevralgia nervului facial
- ☒ C. nevralgia nervului intermediar Wrisberg
- D. nevralgia nervului hipoglos
- ☒ E. nevralgia occipitală

(pag. 918)

13 Diagnosticul diferențial al nevralgiei de trigemen se face cu:

- A. nevralgia de nerv oftalmic
- B. nevralgia nervului abducens
- ☒ C. nevralgia nervului intermediar Wrisberg
- D. nevralgia nervului accesoriu
- ☒ E. nevralgia nazociliară (sindrom Charlin)

(pag. 918)

14 Care din următoarele medicamente anticonvulsivante sunt folosite în nevralgia de trigemen:

- ☒ A. valproat de sodiu
- ☒ B. lamotrigină
- ☒ C. gabapentin
- D. flunitrazepam
- ☒ E. carbamazepina

(pag. 918)

15 Care din următoarele sunt efecte adverse ale medicației anticonvulsivante folosite în nevralgia de trigemen:

- ☒ A. leucopenie
- ☒ B. hirsutism
- ☒ C. hipertrofie gingivală
- ☒ D. alopecie
- E. anemie

(pag. 918)

16 Care din următoarele afirmații sunt corecte referitoare la nevralgia de trigemen:

- ☒ A. nevralgia trigeminală clasică răspunde de obicei la farmacoterapie
- B. nevralgia trigeminală clasică nu răspunde de obicei la farmacoterapie
- ☒ C. tratamentul medicamentos utilizează medicație anticonvulsivantă
- D. tratamentul medicamentos nu utilizează medicație anticonvulsivantă
- ☒ E. în absența unei leziuni structurale se inițiază tratamentul medicamentos

(pag. 918)

17 Care din următoarele afirmații sunt corecte referitoare la tratamentul nevralgiei de trigemen prin blocajul chimic cu infiltrații anestezice:

- ☒ A. nevralgia trigeminală clasică răspunde de obicei la farmacoterapie
- ☒ B. în multe cazuri, crizele au dispărut chiar și în lipsa tratamentului medicamentos
- ☒ C. tratamentul medicamentos utilizează medicație anticonvulsivantă
- D. tratamentul medicamentos nu utilizează medicație anticonvulsivantă
- ☒ E. în absența unei leziuni structurale se inițiază tratamentul medicamentos

(pag. 918)

18 Care din următoarele afirmații sunt corecte referitoare la tratamentul nevralgiei de trigemen:

- ☒ A. ganglioliza prin radiofrecvență produce ameliorarea durerii în 82-100% din pacienți
- B. ganglioliza prin radiofrecvență produce ameliorarea durerii în 60% din pacienți
- ☒ C. în ganglioliza prin radiofrecvență pot apărea parestezii la 10% dintre pacienți
- ☒ D. în cazul gangliolizei prin radiofrecvență complicațiile majore sunt rare
- E. în cazul gangliolizei prin radiofrecvență complicațiile majore sunt dese

(pag. 919)

19 Printre alte procedee de distrucție a fibrelor durerii din nervul trigemen se numără:

- ☒ A. criochirurgia
- ☒ B. umflarea unui balon în cavul Meckel
- C. blocajul chimic anestezic
- D. termocoagularea prin radiofrecvență
- E. procedeul Janetta

(pag. 919)

20 În cazul procedurii Janetta:

- ☒ A. beneficiile pe termen lung au fost raportate la 80% dintre pacienți
- B. beneficiile pe termen scurt au fost raportate la 80% dintre pacienți
- ☒ C. mortalitatea chirurgicală este de 1%
- ☒ D. rata de recurență este de 1-6 %
- E. este o procedură neinvazivă fiind recomandat ca tratament de primă intenție

(pag. 919)

- 21 Tratamentul chirurgical al nevralgiei de trigemen:**
- A.** in cazul infiltratiilor la nivelul ganglionului Gasser cu alcool sau glicerol, cu cat injectarea este mai proximala rezultatele pe termen lung sunt mai bune
 - B. in cazul infiltratiilor la nivelul ganglionului Gasser cu alcool sau glicerol, cu cat injectarea este mai distala rezultatele pe termen lung sunt mai bune
 - C.** infiltratiile retrogassiene cu glicerol pot produce hipoestezie faciale
 - D.** infiltratiile retrogassiene cu glicerol pot produce disestezii dureroase
 - E.** infiltratiile retrogassiene cu glicerol pot produce rareori anestezie dureroasa,insa se insotesc frecvent de keratite
- (pag. 919)
- * 22 Cea mai frecventa forma de nevralgie craniana este:**
- A. nevralgia nervului facial
 - B.** nevralgia nervului trigemen
 - C. nevralgia nervului hipoglos
 - D. nevralgia nervului cranian X
 - E. nevralgia nervului lingual
- (pag. 916)
- * 23 La care din urmatoarele grupe de pacienti nevralgia trigeminala este rezultatul compresiei vasculare a nervului trigemen datorita buclilor arteriale anormale situate in apropierea zonei de intrare a radacinii:**
- A. copii
 - B. adolescenti
 - C. tineri
 - D. adulti
 - E.** varstnici
- (pag. 916)
- * 24 Nevralgia trigeminala simptomatice (secundară):**
- A. durerea se deosebeste de nevralgia trigeminală primară
 - B. se insoteste de tulburări motorii in teritoriul nervului facial
 - C. se insoteste de hipertrofia muschilor masticatori
 - D.** este cauzata de leziunea structurala a ganglionului Gasser
 - E. nu se insoteste de tulburări de sensibilitate in teritoriul de distributie al trigemenului
- (pag. 917)
- * 25 Diagnosticul diferențial al nevralgiei de trigemen se face cu:**
- A. nevralgia de nerv accesoriu
 - B. nevralgia nervului hipoglos
 - C. nevralgia nervului vag
 - D. nevralgia nervului laringeu superior
 - E.** nevralgia trigeminala postherpetică
- (pag. 918)
- * 26 Diagnosticul diferențial al nevralgiei de trigemen nu se face cu:**
- A. nevralgia vidiană (Vail)
 - B. nevralgia nazociliară
 - C. nevralgia nervului facial
 - D.** nevralgia parietala
 - E. nevralgia trigeminala postherpetică
- (pag. 918)
- * 27 Care din urmatoarele nu sunt procedee chirurgicale folosite in tratamentul nevralgiei trigeminale:**
- A. blocajul chimic anestezic
 - B. termocoagularea prin radiofrecvență
 - C.** doctomia
 - D. decompresiunea microvasculara a fosei posterioare
 - E. proceduri neolitice percutanate – injectarea ganglionului Gasser
- (pag. 918)
- * 28 Care din urmatoarele medicamente sunt folosite in nevralgia de trigemen:**
- A. salbutamol
 - B.** lamotrigină
 - C. diclofenac
 - D. diazepam
 - E. betaserc
- (pag. 918)
- * 29 Care din urmatoarele medicamente anticonvulsivante nu sunt folosite in nevralgia de trigemen:**
- A.** diazepam
 - B. lamotrigină
 - C. gabapentin
 - D. fenitoina
 - E. carbamazepina
- (pag. 918)

* 30 Care din următoarele sunt efecte adverse ale medicatiei anticonvulsivante folosite în nevralgia de trigemen:

- A. hiperexcitabilitate
- B. creștere în greutate**
- C. atrofie gingivală
- D. ginecomastie
- E. hipokalemie

(pag. 918)

* 31 Durerea cronică în teritoriul oro-maxilo-facial se însoțește de:

- A. Creșterea ritmului cardiac
- B. Dilatarea pupilei
- C. Pierderea apetitului**
- D. Anxietate
- E. Transpirație

(pag. 916)

* 32 Tratamentul cronic medicamentos al nevralgiei de trigemen cu Valproat de sodiu are drept efecte adverse:

- A. Sedare
- B. Rash
- C. Hirsutism
- D. Alopecie**
- E. Hipertrofie gingivală

(pag. 918)

Tema nr. 17

Metode locale de prevenire a cariei dentare din santuri și fosete

Bibliografie asociată temei:

Rodica Luca - Metode locale de prevenire a cariei în santuri și fosete, Ed Cerma, București, 1997. integral

1 Prevalența și incidența crescută a cariei ocluzale se datoresc interacțiunii mai multor factori:

- A. capacității de reținere a microorganismelor și alimentelor în fosetele și șanțurile adânci;**
- B. concentrației mai mici a fluorului în smalțul ocluzal decât în cel proximal;**
- C. imposibilității realizării unei curățiri foarte bune indiferent de mijlocul utilizat;**
- D. cantității de smalț mai mici între suprafața dintelui și joncțiunea smalț/dentină în cazul șanțurilor, comparativ cu cantitatea de la celelalte suprafețe;**
- E. concentrației mai mari a fluorului în smalțul ocluzal decât în cel proximal.

(pag. 8)

2 Situațiile clinice în care Fortier și Demars-Fremault indică odontotomia profilactică sunt:

- A. copii cu poliartrii care au o igienă orală proastă;**
- B. imposibilitatea efectuării unor controale periodice regulate;**
- C. posibilitatea efectuării unor controale periodice regulate;
- D. existența unor dubii în legătură cu prezența sau absența unei carii;**
- E. copii neadaptăți, handicapați psihic.**

(pag. 11)

3 După Sturdevant și colab. sigilanții au trei efecte importante:

- A. umplu în mod mecanic fosetele și șanțurile adânci cu o rășină acido-producătoare;
- B. ușurează manoperele de curățire a șanțurilor și fosetelor;**
- C. blochează "locusul" preferat al Streptococului mutans și al altor microorganisme cariogene;**
- D. umplu în mod mecanic fosetele și șanțurile adânci cu o rășină acido-rezistentă;**
- E. stimulează "locusul" preferat al Streptococului mutans și al altor microorganisme cariogene.

(pag. 15)

4 După Bratu și colab. calitățile unui material de sigilare ar fi următoarele:

- A. aderență bună la suprafețele gravate;**
- B. biocompatibilitate;**
- C. priză lentă în condițiile cavității bucale;
- D. să aibă calități fizionomice nesatisfăcătoare;
- E. proprietăți mecanice și termice diferite de cele ale structurilor dure dentare.

(pag. 15)

5 Avantajele sigilanților fotopolimerizabili, sintetizate de Hicks, sunt următoarele:

- A. materialul se întărește în 30-40 de secunde;
- B. nu se mai încorporează bule de aer, deoarece materialul nu se pregătește prin amestecare;**
- C. materialul își păstrează aceeași vâscozitate pe toată perioada pătrunderii lui în porii smalțului demineralizat;**
- D. materialul își modifică vâscozitatea pe perioada pătrunderii lui în porii smalțului demineralizat;
- E. materialul se întărește în 10-20 de secunde.**

(pag. 19)

- 6 Avantajele folosirii laserului în inițierea reacției de priză a sigilanților fotopolimerizabili sunt:**
- A. creșterea timpului de priză;
 - B. scăderea cantității de rășină rămasă nepolimerizată;**
 - C. scăderea rezistenței la întindere și a rezistenței de legare;
 - D. reducerea timpului de priză;**
 - E. smalțul expus laserului are rezistență crescută la factori cariogeni.**

(pag. 20)

- 7 Cimenturile glass ionomer au două calități importante care le recomandă pentru a fi folosite în stomatologia preventivă:**

- A. retenție superioară rășinilor compozite;
- B. capacitatea continuă de a elibera ioni de fluor;**
- C. adeziunea chimică la structurile dure dentare;**
- D. estetică superioară rășinilor compozite;
- E. adeziunea mecanică la structurile dure dentare.

(pag. 30)

- 8 Între dezavantajele cimenturilor glass ionomer convenționale, cu reacție de priză chimică, se pot enumera:**

- A. finisare slabă datorită rugozității superficiale;**
- B. timp de priză lung;**
- C. sensibilitate în mediul umed;**
- D. rezistență crescută în zonele supuse direct solicitărilor masticatorii;
- E. timp de priză redus.

(pag. 32)

- 9 Cimenturile glass ionomer fotopolimerizabile în comparație cu cele autopolimerizabile prezintă următoarele caracteristici:**

- A. timp de priză mai redus;**
- B. adaptare marginală mai bună;**
- C. sensibilitate mai crescută în mediul umed datorită polimerizării inițiale a matricei rășinoase;
- D. adeziune mai bună;**
- E. rezistență mai redusă la abraziune.

(pag. 32)

- 10 În cazul sigilării cu rășini compozite, timpii operatori sunt următorii:**

- A. periajul profesional al suprafețelor dentare cu paste ce conțin fluor;
- B. izolarea;**
- C. aplicarea materialului de sigilare;**
- D. verificarea sigilării;**
- E. controlul în relație ocluzală.**

(pag. 35)

- 11 Einwang recomandă o tehnică de sigilare modificată, care garantează o mai bună retenție, tehnică ce presupune următoarele etape:**

- A. curățarea suprafețelor ocluzale cu o pastă fără fluor;**
- B. curățarea suprafețelor ocluzale cu o pastă cu fluor;
- C. înăsprirea suprafețelor de smalț pe o zonă de aproximativ 1mm lățime de fiecare parte a fisurii cu ajutorul unor freze diamantate.**
- D. demineralizarea cu acid a suprafeței smalțului;**
- E. aplicarea sigilantului.**

(pag. 40)

- 12 Folosirea compozitelor fotopolimerizabile ca materiale de sigilare oferă următoarele avantaje:**

- A. posibilitatea de încorporare a bulelor de aer este redusă;**
- B. timpul de lucru este limitat;
- C. temperatura ridicată a mediului ambiant scade timpul de priză;
- D. timpul de lucru este mai lung;**
- E. polimerizarea materialului începe imediat ce catalizatorul se adaugă la bază.

(pag. 43)

- 13 Între timpii operatori ai tehnicii de sigilare cu ciment glass ionomer se enumeră următorii:**

- A. curățarea suprafețelor dentare cu o perie conică sub jet de apă;**
- B. izolarea dintelui;**
- C. demineralizarea cu acid fosforic în concentrație de 37%;
- D. aplicarea materialului de sigilare;**
- E. aplicarea unui lac protector, când cimentul își pierde luciul.**

(pag. 46)

- 14 În legarea materialului de sigilare la suprafața de smalț demineralizată acid au un rol important următorii factori:**

- A. necontaminarea cu salivă în momentul aplicării sigilantului;**
- B. timpul de demineralizare;**
- C. agentul de demineralizare;**
- D. concentrația demineralizantului;**
- E. topografia suprafeței de dentină demineralizată.

(pag. 49)

- 15 Surmont și colab. indică aplicarea sigilărilor la grupul persoanelor cu grad înalt de risc, care cuprinde:**
- A. pacienți care consumă zilnic mari cantități de grăsimi;
 - B. pacienți carioactivi cu nivel crescut de Streptococ mutans;**
 - C. pacienți care consumă zilnic mari cantități de dulciuri;**
 - D. pacienți carioactivi cu nivel scăzut de Streptococ mutans;
 - E. pacienți handicapați psihic sau fizic, care nu își pot efectua igiena orală.**
- (pag. 62)
- * 16 Tehnica odontotomiei profilactice constă în prepararea mecanică a tuturor șanțurilor și fosetelor dinților nou erupți prin pregătirea unor cavități superficiale și obturarea lor cu:**
- A. compozit fotopolimerizabil;
 - B. compozit autopolimerizabil;
 - C. compomer;
 - D. amalgam de argint;**
 - E. ciment ionomer de sticlă.
- (pag. 11)
- * 17 Una dintre proprietățile ideale ale unui sigilant stabilite de Dental Advisor (citad de Wei) este reprezentată de:**
- A. penetranță scăzută;
 - B. timp de lucru scurt;
 - C. expansiune termică crescută;
 - D. rezistență redusă la uzură;
 - E. absorbția scăzută a apei.**
- (pag. 16)
- * 18 În cazul sigilării cu rășini compozite, în metoda clasică, se recomandă ca demineralizarea pe dinții temporari să se facă timp de:**
- A. 90 de secunde;
 - B. 20 de secunde;
 - C. 120 de secunde;**
 - D. 60 de secunde;
 - E. 30 de secunde;
- (pag. 37)
- * 19 Simonsen recomandă ca perioadă potrivită pentru sigilare:**
- A. vârsta de 3-4 ani pentru incisivii centrali temporari;
 - B. vârsta de 6-7 ani pentru molarii temporari;
 - C. vârsta de 3-4 ani pentru caninii temporari;
 - D. vârsta de 11-13 ani pentru molarii doi permanenți și premolari;**
 - E. vârsta de 6-7 ani pentru premolari.
- (pag. 64)
- * 20 Verificarea suprafeței sigilate cu rășini compozite se realizează:**
- A. clinic – numai prin inspecție cu oglinda dentară;
 - B. clinic – prin examen cu sonda dentară;**
 - C. paraclinic – prin examinarea modelului de studiu;
 - D. paraclinic – prin examen radiologic;
 - E. clinic – prin examen cu spatula dentară.
- (pag. 45)
- 21 După Bratu, calitățile unui material de sigilare sunt:**
- A. Fluiditatea**
 - B. Aderenta buna la suprafețele netede
 - C. Priza rapida in conditiile din cavitatea bucala**
 - D. Biocompatibilitatea**
 - E. Expansiunea termica ridicata
- (pag. 15)
- 22 Diferențele între răsinele compozite pentru sigilare și cimenturile glass-ionomer rezultă din faptul că cimenturile glass-ionomer:**
- A. Au rezistența mai mică la uzură**
 - B. Au capacitate mai redusă de a pătrunde în profunzimea santului ocluzal**
 - C. Pot fi folosite când santurile sunt închise
 - D. Reprezintă un prim mijloc de sigilare în condiții clinice dificile**
 - E. Nu eliberează ioni de fluor
- (pag. 31-32)
- 23 Enameloplastia oferă următoarele avantaje în cazul folosirii materialelor pe baza de rășină bis-GMA:**
- A. Aplicarea materialului fără pregătirea în prealabil a santului ocluzal
 - B. Asigură adaptarea mai bună la smalț**
 - C. Crește rezistența la uzură a materialului deoarece permite aplicarea lui într-un strat mai gros**
 - D. Permite pătrunderea profundă a materialului, indiferent dacă este granular sau negranular**
 - E. Necesită aplicarea unui lac protector
- (pag. 44)

Bibliografie asociata temei:

Gh. Boboc - Aparatul dentomaxilar. Formare si dezvoltare, Ed. Medicala, Bucuresti, 1995.
pag. 315-392, 405-417, 433-445

*** 1 Presiunile verticale bilaterale (menționate de Max Müller) pe care le pot suporta dinții sunt:**

- A.** Incisivi-32 kg;
- B. Canini-40 kg;
- C. Premolari 2-50 kg;
- D. Molari 1-60 kg;
- E. Molari 3-66 kg.

(pag. 340)

*** 2 În cadrul clasificării consoanelor după nivelul la care se face întreruperea coloanei de aer, intră:**

- A.** Consoanele lingvo-palatale;
- B. Consoanele rulate;
- C. Consoanele fricative;
- D. Consoanele nazale;
- E. Consoanele africative.

(pag. 377)

*** 3 Consoanele labio-dentale sunt:**

- A. d, t, n;
- B. b, m, p;
- C.** f, v;
- D. g, c;
- E. s, j.

(pag. 377)

*** 4 Consoanele nazale sunt:**

- A. f, v;
- B. s, j;
- C. b, p;
- D.** m, n;
- E. d, t;

(pag. 377)

*** 5 În cadrul clasificării consoanelor în funcție de modul de articulare, acestea pot fi:**

- A.** Consoane semiocluze;
- B. Consoane labiale;
- C. Consoane lingvo-dentale;
- D. Consoane labio-dentale;
- E. Consoane lingvo-palatale.

(pag. 377)

6 Mucoasa nazală constituie punctul de plecare pentru următoarele reflexe:

- A.** Nazo-glotice;
- B.** Olfacto-gustative;
- C.** Nazo-vasculare;
- D. De apărare;
- E.** Olfacto-enterice.

(pag. 319)

7 Respirația orală intervine în dezvoltarea aparatului dento-maxilar și a feței prin următoarele:

- A. La respiratorii orali sunt prezenți stimulii naturali de creștere la nivelul ansamblului nazal și zonelor limitrofe;
- B.** Prezența amigdalelor hipertrofice care pot deplasa înainte mandibula;
- C. În respirația orală sunt prezente oscilațiile presorii respiratorii ce se găsesc la vase și pot inhiba creșterea osoasă;
- D.** Dezechilibrul dintre presiunea negativă a inspirației nazale și presiunea expirației nazale poate determina apariția unui palat îngust și înalt;
- E.** Presiunea din sinus se reduce, nemaifiind contrabalansată presiunea atmosferică, astfel încât bolta palatină se deplasează în sus.

(pag. 324-325)

8 Alimentația artificială în comparație cu alăptarea la sân prezintă unele inconveniente ca:

- A.** Aerofagia;
- B. Creșterea secreției salivare;
- C.** Copilul evită să facă mișcări de propulsie;
- D. Trăvialul muscular din timpul sugerii naturale îi induce copilului un somn agitat;
- E.** Influențe de ordin general, deoarece nici un substituent nu poate înlocui calitățile imunologice și nutritive ale laptelui de mamă.

(pag. 332)

9 Printre perioadele principale ale variațiilor funcționale masticatorii se numără:

- A.** Perioada primei dentiții neabrazate;
- B.** Perioada primei dentiții abrazate;
- C.** Perioada celei de-a doua dentiții neabrazate;
- D.** Perioada celei de-a doua dentiții abrazate;
- E. Perioada intermediară.

(pag. 334)

10 În timpul mișcării pe care suprafețele ocluzale ale molarilor le fac în fărâmițarea alimentelor, Maronneaud distinge următoarele etape:

- A.** O fază liberă;
- B.** O fază de orientare;
- C.** O fază de ocluzie;
- D.** O fază juxtaocluzală;
- E. O fază de dezocluzie.

(pag. 337)

11 Corelațiile dintre deglutiție și dezvoltarea aparatului dento-maxilar duc la următoarele concluzii:

- A.** Primul stadiu al deglutiției se realizează prin mișcări complexe ale diferitelor structuri ale aparatului dento-maxilar;
- B. Timpul 1 al deglutiției nu se schimbă cu vârsta;
- C.** Deglutiția de tip infantil poate fi și rezultatul unor anomalii dento-maxilare produse de alte cauze;
- D.** Persistența „deglutiției infantile” se poate datora unor cauze locale (obiceiuri vicioase);
- E.** Persistența „deglutiției infantile” se poate datora unor cauze generale (macroglisie).

(pag. 336)

12 Se poate considera că o deglutiție se desfășoară normal când:

- A.** Limba rămâne în interiorul limitelor cavității orale;
- B. Limba este propulsată și se așează între creste în regiunea anterioară;
- C.** Buzele rămân în repaus;
- D.** Buzele prezintă o contracție foarte ușoară;
- E.** Dinții posteriori sunt în contact sau aproape în contact.

(pag. 366)

13 În cadrul tulburărilor de ritm din vorbire intră:

- A.** Bâlbâiala;
- B.** Tahilalia;
- C.** Bradilalia
- D. Sigmatismul;
- E. Rotacismul.

(pag. 384)

*** 14 Tulburările masticatorii ca factori predispozanti pentru producerea anomaliilor dentomaxilare intervin prin:**

- A. Activitatea în exces a oaselor maxilare și musculaturii masticatorii
- B. Abraziunea fiziologică mare din debutul perioadei de erupție a dinților temporari
- C.** Faptul că stau la originea unor migrări verticale și orizontale ale dinților cu apariția de blocaje în mișcările mandibulei
- D. Absența leziunilor carioase și a simptomatologiei dureroase
- E. Consistența alimentelor

(pag. 344)

*** 15 Faza de acolare, din cadrul mișcării complete a corzilor vocale, se caracterizează prin:**

- A. Relaxarea mușchilor aritenoidieni, mușchilor cricoaritenoidieni și tiroaritenoidieni laterali
- B.** Corzile vocale rămân alipite până la declansarea salvei recurențiale următoare
- C. Ciclii de activitate ai corzilor vocale în fonatie se efectuează cu frecvență mică
- D. Corzile vocale descriu o mișcare elipsoidală cu axul mare orizontal
- E. Corzile vocale rămân departate un timp variabil

(pag. 373)

Tema nr. 19

Dezvoltarea ocluziei dentare

Bibliografie asociată temei:

Valentina Dorodată, D. Stanciu - Ortodonte și ortopedie dento-facială, Editura medicală, București, 2003.

pag. 35-49

*** 1 Interrelațiile elementelor care participă la realizarea ocluziei dentare se stabilesc:**

- A.** încă din perioada de embriogeneză;
- B. numai în viața fetală;
- C. numai după naștere;
- D. numai de-a lungul întregii vieți;
- E. numai la naștere.

(pag. 36)

*** 2 Erupția dinților temporari este declanșată la vârsta de:**

- A. 9 luni de viață postnatală;
- B. 3 luni de viață postnatală; 6 luni de viață postnatală;
- C. 1 an de viață postnatală;
- D. 5 ani de viață postnatală
- E.** 6 luni de viață postnatală.

(pag. 39)

* 3 **Erupția dinților temporari se desfășoară într-un interval ciclic cu media de:**

- A. 3 luni;
- B. 10 luni;
- C. 8 luni;
- D. 5 luni;
- E. 6 luni.**

(pag. 39)

* 4 **Erupția dinților temporari se termină după:**

- A. după 20 luni;
- B. după 15 luni;
- C. după 25 luni;
- D. după 1 an;
- E. după 30 luni.**

(pag. 39)

* 5 **Perfectarea înălțimii de ocluzie și încheierea dezvoltării ocluziei temporare se face odată cu:**

- A. erupția caninilor și molarilor 2 temporari;**
- B. erupția incisivilor inferiori temporari;
- C. erupția incisivilor superiori temporari;
- D. erupția molarilor 1 superiori temporari;
- E. erupția molarilor 1 inferiori temporari.

(pag. 39)

6 **În etapa prognației mandibulare embrionare (luna a 3-a de viață intrauterină) au loc următoarele modificări la nivelul aparatului dento-maxilar:**

- A. se formează bolta palatină;**
- B. se separă cavitatea bucală de cea nazală;**
- C. limba este determinată să coboare în potcoava mandibulei;**
- D. mugurii incisivilor centrali sunt mult distalizați;
- E. spațiul necesar pentru alinierea incisivilor laterali și caninilor este insuficient.

(pag. 36)

7 **În luna a 5-a de viață intrauterină, dinamica relației dento-maxilare în mandibulă oferă următorul tablou:**

- A. prezența unei diasteme mari;**
- B. se consolidează simfiza mentonieră;
- C. simfiza mentonieră este larg deschisă;**
- D. mugurii incisivilor centrali sunt mult distalizați;**
- E. spațiul necesar pentru alinierea incisivilor laterali și caninilor este suficient.

(pag. 37)

8 **Către lunile a 7-a și a 8-a de viață intrauterină, dinamica relației dento-maxilare în mandibulă oferă următorul tablou:**

- A. simfiza mentonieră se consolidează;**
- B. se mezializează incisivii centrali;**
- C. mugurii incisivilor centrali sunt mult distalizați;
- D. are loc un câștig de spațiu între mugurii incisivilor centrali temporari și molarilor 1 temporari, utilizat de către incisivii laterali;**
- E. se distalizează incisivii centrali.

(pag. 37)

9 **Pentru Müller, o valoare prognostică pentru o evoluție a malocluziei o are locul și mărimea tremii în dentiția temporară, astfel:**

- A. la maxilar, o tremă precanină mare relevă tendința la mezializare a arcadei maxilare;**
- B. o tremă postcanină mare la la maxilar relevă o tendință la distalizare a arcadei superioare;**
- C. o tremă precanină mare la mandibulă determină o mezializare a arcadei inferioare;**
- D. o tremă postcanină mare mandibulară determină o distalizare a arcadei inferioare;**
- E. o tremă înaintea incisivilor laterali maxilari determină o mezializare a arcadei superioare.

(pag. 40)

10 **Studiul debutului erupției dinților permanenți pe un lot de copii de vârstă preșcolară(3-5 ani) a relevat că la această vârstă:**

- A. la 5 ani 25%-30% din copii aveau erupți fie incisivii, fie molarii;**
- B. erupția dentară este mai accelerată la băieți comparativ cu fete;
- C. erupția dentară este mai accelerată la fete comparativ cu băieți;**
- D. timpul de accelerare este mai intens și mai frecvent în urban decât în rural;**
- E. timpul de accelerare este mai intens și mai frecvent în rural decât în urban.

(pag. 42)

11 **La naștere și pe măsură ce creșterea înaintează, arhitectura creștelor alveolare și a relațiilor spațiale intermaxilare este următoarea:**

- A. creștele alveolare sunt acoperite de un periost fibros și dens;**
- B. creștele alveolare la maxilar nu sunt delimitate de bolta palatină;
- C. frenul buzei superioare se inseră pe creastă;**
- D. creasta alveolară inferioară este în formă de "U";**
- E. versantul vestibular al crestei alveolare inferioare este mai lat și mai înclinat spre înăuntru.

(pag. 38)

* 12 **În cadrul dinamicii relațiilor intermaxilare și maxilo-dentare din primele două luni de viață intrauterină se produce:**

- A.** Retrognatia mandibulară
- B. Prognatia mandibulară
- C. Consolidarea simfizei mentoniere
- D. Separarea cavității bucale de cavitatea nazală
- E. Oprirea migrării către creasta gingivală a dinților deciduali

(pag. 36)

* 13 **Erupția incisivilor centrali superiori permanenți cu un ax de înclinare mai mare decât al dinților temporari determină:**

- A. Ocluzie inversă frontală
- B.** Reducerea gradului de supraacoperire frontală
- C. Resorbție osoasă retrotuberozitară
- D. Mezializarea incisivilor inferiori
- E. Plan postlacteal în treapta distală

(pag. 42)

Tema nr. 20

Etiopatogenia anomaliilor dento-maxilare, factori locali

Bibliografie asociată temei:

Valentina Dorodată, D. Stanciu - Ortodonte și ortopedie dento-facială, Editura medicală, București, 2003.
pag. 73-76

* 1 **Din grupa factorilor locali cu rol în etiopatogenia anomaliilor dento-maxilare fac parte: tulburările de nutriție;**

- A. tulburările de nutriție;
- B. tulburările endocrine;
- C. respirația orală;
- D. deglutiția atipică;
- E.** caria dinților temporari și consecințele ei.

(pag. 73)

* 2 **Anomaliile dentare de formă sunt frecvent întâlnite la:**

- A. Incisivii centrali;
- B. Premolarii 1;
- C. Premolarii 2;
- D.** Incisivii laterali;
- E. Molarii 1.

(pag. 74)

* 3 **Anodonția poate fi:**

- A. numai parțială;
- B. numai parțială, redusă sau întinsă;
- C. numai totală;
- D. frecvent totală;
- E.** parțială, redusă sau întinsă și rareori totală.

(pag. 74)

* 4 **Dinții supranumerari:**

- A. au numai formă tipică;
- B. au numai formă atipică;
- C. erupția lor nu are caracter filogenetic;
- D. erupția lor pe arcadă nu creează tulburări fizionomice;
- E.** pot avea formă tipică sau atipică.

(pag. 74)

* 5 **Caria dinților temporari nu are ca efect:**

- A. perturbarea masticației;
- B. perturbarea fizionomiei;
- C. menținerea dimensiunii verticale faciale a arcadei alveolare;
- D. menținerea relației tridimensionale în ocluzia dentară;
- E.** apariția de dinți supranumerari.

(pag. 74)

6 **Caria dinților temporari are ca efect:**

- A.** pierderea funcției de masticație a dinților temporari;
- B.** pierderea funcției fizionomice;
- C.** menținerea dimensiunii verticale faciale a arcadei alveolare;
- D.** menținerea relației tridimensionale în ocluzia dentară;
- E. apariția dinților supranumerari.

(pag. 74)

7 **Apariția dinților supranumerari are:**

- A.** caracter filogenetic;
- B.** amintește de o formulă dentară a antropozilor;
- C. pot avea numai formă tipică;
- D. pot avea numai formă atipică;
- E.** pot avea formă tipică sau atipică.

(pag. 74)

8 Caria aproximală a dinților temporari poate determina:

- A.** scurtarea arcadei dentare;
- B.** pierderea spațiului de rezervă;
- C. anomalii de formă ale dinților permanenți;
- D.** dificultăți în erupția caninilor;
- E.** dificultăți în erupția premolarilor 2.

(pag. 73)

9 Pierderea prematură a dinților temporari, în special în zona de sprijin poate determina:

- A.** supraerupții ale dinților antagoniști;
- B.** migrări ale dinților permanenți aflați în erupție intermaxilară sau orală;
- C. lărgiri de arcadă;
- D.** angrenaje inverse;
- E.** apariția contactelor și interferențelor ocluzale.

(pag. 73)

10 Perturbarea timpului de exfoliere a dinților temporari poate determina apariția:

- A.** de întârzieri în reglările ocluzale;
- B.** incongruență dento-alveolară la distanță;
- C.** erupția malpoziționată a dintelui permanent înlocuitor;
- D. anomalii dentare de formă ale dinților permanenți;
- E.** rămânerea în incluzie a dintelui permanent înlocuitor.

(pag. 74)

11 Întârzierile în erupția dinților permanenți sunt determinate de următoarele cauze locale:

- A. genetice;
- B. tulburări endocrine;
- C. tulburări de nutriție;
- D.** bariere osoase;
- E.** fibroase.

(pag. 74)

12 Traumatismele dinților temporari pot determina:

- A.** tulburări în dinamica evoluției dinților permanenți;
- B.** schimbarea drumului de erupție a mugurelui dentar subiacent;
- C. compresie de maxilar cu înghesuire dentară;
- D.** intruzii ale dinților temporari;
- E.** luxații.

(pag. 74)

13 Din grupa factorilor locali cu rol în etiopatogenia anomaliilor dento-maxilare fac parte:

- A.** caria dinților temporari;
- B. deglutiția infantilă;
- C.** pierderea prematură a dinților temporari;
- D.** retenția prelungită a dinților temporari;
- E. respirația orală.

(pag. 74)

14 Caria ocluzală a dinților temporari:

- A. determină apariția anodonției;
- B.** determină tulburări ale relațiilor verticale interarcade;
- C.** constituie sursă de dezechilibru în ocluzia dentară;
- D.** constituie sursă de dezechilibru în dinamica mandibulară;
- E. determină apariția deglutiției infantile.

(pag. 73)

15 Dezechilibrele, consecință a anodonției, depind de:

- A.** regiunea în care se produc;
- B.** întinderea;
- C.** structura osoasă;
- D.** activitatea părților moi;
- E. obiceiurile vicioase.

(pag. 74)

*** 16 Dintre factorii locali care intervin în etiopatogenia anomaliilor dento-maxilare, tulburările tesuturilor moi determina:**

- A. Rizaliza și pierderea precoce a dinților temporari
- B. Forma de carlig a incisivului lateral
- C.** Dizarmonie dento-alveolară de tipul diastemei
- D. Anomalii congenitale
- E. Anodontii

(pag. 75)

*** 17 Hipodontia este consecința:**

- A. Perturbării timpului de exfoliere a dinților temporari
- B. Modificărilor de formă a incisivilor
- C. Anchilozei osoase sau fibroase
- D.** Tendinței evolutive de reducere a dinților terminali de serie
- E. Schimbării axului de erupție a mugurelui dintelui subiacent

(pag. 74)

Bibliografie asociată temei:

Valentina Dorodă, D. Stanciu - Ortodonte și ortopedie dento-facială, Editura medicală, București, 2003.
pag. 77-83

* 1 **Angle împarte malocluziile în:**

- A. 4 clase;
- B. 5 clase;
- C. 2 clase;
- D. 6 clase;
- E. 3 clase.**

(pag. 78)

* 2 **Școala germană împarte malocluziile în:**

- A. 5 sindroame;
- B. 7 sindroame;
- C. 6 sindroame;**
- D. 3 sindroame;
- E. 8 sindroame.

(pag. 80)

* 3 **Angle împarte anomaliile dento-maxilare în:**

- A. sindroame;
- B. disarmonii;
- C. clasa I și clasa II-a;
- D. clasa I, clasa II-a și clasa III-a;**
- E. diverse anomalii.

(pag. 78)

* 4 **Clasa II-a Angle cuprinde:**

- A. două diviziuni;**
- B. 3 diviziuni;
- C. 4 diviziuni;
- D. 5 diviziuni;
- E. 6 diviziuni.

(pag. 80)

* 5 **În clasificarea anomaliilor dento-maxilare după școala franceză:**

- A. anomaliile dento-maxilare sunt considerate tulburări în armonia proceselor de dezvoltare a componentelor aparatului dento-maxilar;**
- B. sunt luați în considerare factorii etiologici care determină apariția anomaliilor dento-maxilare;
- C. are drept criteriu principal de clasificare relațiile mandibulo-maxilare în plan sagital;
- D. este o clasificare pe sindroame;
- E. este o clasificare ocluzionistă.

(pag. 80)

6 **În clasificarea școlii franceze, modificările în mai multe planuri au ca prefix:**

- A. macro;**
- B. micro;**
- C. hiper;**
- D. hipo;**
- E. labio.

(pag. 81)

7 **Clasificarea școlii germane cuprinde următoarele sindroame:**

- A. sindromul de compresie de maxilar;**
- B. sindromul de ocluzie încrucișată;**
- C. sindromul de pierdere precoce a dinților temporari din zona de sprijin;
- D. sindromul de ocluzie adâncă acoperită;**
- E. sindromul de ocluzie deschisă.**

(pag. 81)

8 **Anomaliile clasa II-a Angle:**

- A. cuprind două diviziuni;**
- B. în subdiviziunea 1 raporturile de ocluzie sunt distalizate unilateral;**
- C. în diviziunea 1 raporturile sunt distalizate bilateral și ocluzie adâncă în acoperiș;**
- D. în diviziunea 2 raporturile sunt distalizate unilateral și ocluzie adâncă acoperită;
- E. în diviziunea 2, atunci când raporturile sunt distalizate unilateral se folosește termenul de „subdiviziunea 2”.**

(pag. 78)

9 **Izard și Chateau au sintetizat ca terminologie maxilo-facială, în cazul radicalilor:**

- A. cheilie;**
- B. endo;
- C. gnație;**
- D. latero;
- E. genie.**

(pag. 81)

10 **În terminologia maxilo-facială a școlii franceze, Izard și Chateau au sintetizat ca prefix pentru disarmonii:**

- A. transversal: infra și supra;
- B. transversal: exo, endo, latero;**
- C. vertical: infra și supra;**
- D. sagital: pro și retro;**
- E. vertical: pro și retro.

(pag. 81)

11 În clasificarea Angle:

- A.** criteriul principal de clasificare a anomaliilor dento-maxilare sunt relațiile mandibulo-maxilare în plan sagital;
- B.** o primă categorie o reprezintă anomaliile în care cele două baze maxilare sunt corect plasate în plan sagital, modificările făcându-se la nivel dento-alveolar;
- C. anomaliile sunt împărțite în 6 sindroame;
- D. anomaliile sunt considerate tulburări în armonia proceselor de dezvoltare ale componentelor aparatului dento-maxilar;
- E. este o clasificare a școlii franceze.

(pag. 80)

12 În clasificarea Angle:

- A.** există 3 categorii de anomalii;
- B.** în a doua categorie sunt grupate anomaliile caracterizate de poziționarea maxilarului inferior mai înapoi decât cel superior;
- C. în a doua categorie sunt grupate anomaliile caracterizate de poziționarea maxilarului inferior mai înainte decât cel superior;
- D.** în a treia categorie sunt grupate anomaliile caracterizate de poziționarea mai anterioară a maxilarului inferior față de cel superior;
- E. există 6 sindroame.

(pag. 77)

13 În clasificarea Angle:

- A.** pentru evaluarea clinică a categoriilor de anomalii Angle ia în considerare poziția molarului de 6 ani;
- B.** în relație neutrală cele două maxilare sunt plasate corect;
- C. cuprinde 5 sindroame;
- D. este o clasificare a școlii germane;
- E. este o clasificare a școlii franceze.

(pag. 78)

14 Clasificarea anomaliilor dento-maxilar după Kantorowicz, Korkhaus,și Reichenbach:

- A. există 3 clase;
- B. există 5 sindroame;
- C.** este o clasificare a școlii germane;
- D.** cuprinde 6 sindroame;
- E. este o clasificare a școlii americane.

(pag. 79)

15 Clasificarea școlii germane:

- A.** cuprinde 6 sindroame;
- B. a fost făcută de către Dr. E. Angle;
- C.** a fost făcută de către Kantorowicz, Korkhaus și Reichenbach;
- D. cuprinde 3 clase de anomalii;
- E.** pornește de la concepția că aceiași factori etiologici în aceleași condiții dau aceleași forme de anomalii.

(pag. 79)

16 Conform clasificarii lui Angle:

- A.** Pozitia molarului de 6 ani este fixa
- B.** Exista 3 clase de malocluzii
- C. In clasa a 2-a sunt incluse anomaliile caracterizate prin pozitia mai anterioara a maxilarului inferior in raport cu cel superior
- D.** Foloseste relatia molar pentru a defini pozitia celor doua maxilare in plan sagital
- E. In clasa I sunt incluse anomaliile in care maxilarul inferior este situat mai posterior comparativ cu cel superior

(pag. 77-78)

17 Din grupa anomaliilor moncauzale fac parte urmatoarele entitati:

- A. Retrognatismul maxilar
- B. Ocluzia deschisa
- C.** Transpozitia
- D.** Reincluzia
- E.** Anomaliile determinate de pierderea precoce a dintilor temporari din zona de sprijin Korkhaus

(pag. 80)

18 Conform clasificarii scolii germane, se identifica urmatoarele forme de sindrom progenic:

- A.** De conducere fortata
- B.** Fals (retrognatismul maxilar)
- C. Ocluzia incrucisata
- D.** Adevarat
- E. Retrognatismul mandibular

(pag. 80)

Bibliografie asociată temei:

Valentina Dorodă, D. Stanciu - Ortodontie și ortopedie dento-facială, Editura medicală, București, 2003.
pag. 143-179

* 1 Disfuncțiile ATM nu pot fi determinate de:

- A. cauze ocluzale;
- B. cauze fiziologice;
- C. cauze psihologice;
- D. cauze de creștere;
- E. apariția leziunilor carioase.**

(pag. 143)

* 2 Disfuncțiile ATM se întâlnesc în cazul subiecților examinați în proporție de:

- A. 10%;
- B. 20%;
- C. 90%;
- D. 30%-70%;**
- E. 80%.

(pag. 143)

* 3 Examenul radiologic cu film intraoral cuprinde:

- A. radiografia cu film retroalveolar;**
- B. ortopantomograma în propulsie;
- C. teleradiografia de față;
- D. teleradiografia de profil;
- E. ortopantomograma în ocluzie.

(pag. 147)

* 4 În ortopantomograma în propulsie nu se evidențiază la nivelul aspectului macroscopic al corpului mandibulei:

- A. deschiderea unghiului mandibular;
- B. modelul de creștere condilian;
- C. curbură canalului mandibular;
- D. aspectul simfizei mentoniere;
- E. poziționarea arcadei mandibulare în intercuspitate maximă.**

(pag. 151)

* 5 Valoarea normală a unghiului facial este de:

- A. 90 grade;
- B. 120 grade;
- C. 68 grade;
- D. 86 grade;**
- E. 82 grade.

(pag. 158)

6 Stadiul de disfuncții intrinseci de la nivelul ATM cuprinde:

- A. tulburări generate în ATM de dezvoltarea acesteia;**
- B. tulburări generate de modificări anatomice ale ATM care alterează structurile ATM, dar nu produc limitări funcționale majore ale mișcărilor;
- C. tulburări generate în ATM de orice tratament care a modificat relațiile de ocluzie;**
- D. limitări funcționale ale ATM;
- E. individul își limitează sau își interzice desfășurarea unei vieți normale în raport cu factorii sociali și culturali.

(pag. 144)

7 Examenul radiologic cu film extraoral cuprinde:

- A. radiografii cu film retroalveolar;
- B. ortopantomograma în ocluzie;**
- C. ortopantomograma în propulsie;**
- D. radiografia cu film mușcat;
- E. ortopantomograma ATM în intercuspitate maximă și deschidere maximă.**

(pag. 152)

8 Ortopantomograma în propulsie relevă următoarele aspecte:

- A. evidențierea structurilor zonelor laterale maxilare și mandibulare în înocluzie verticală;**
- B. relațiile de ocluzie modificate de gradul de propulsie mandibulară;**
- C. structurile parodontale;**
- D. în plan vertical se evidențiază gradul supraacoperirii frontale și al înocluziei;
- E. aspectul macroscopic al corpului mandibular.**

(pag. 151)

9 După Björk, modelul de rotație posterioară mandibulară se caracterizează prin:

- A. canal mandibular drept;**
- B. unghi mandibular deschis;**
- C. etaj inferior micșorat;
- D. creșterea preangulară marcată;**
- E. unghiul molar crescut.

(pag. 156)

10 Planurile de referință utilizate în interpretarea teleradiografiei sunt:

- A. planul de la Frankfurt;**
- B. planul bazal mandibular;**
- C. planul bazal maxilar;**
- D. planul N-Ba;
- E. planul (Se-N).**

(pag. 155)

11 Teleradiografia după tehnica Ricketts analizează:

- A.** adâncimea feței;
- B.** înălțimea anterioară a feței;
- C.** înălțimea posterioară a feței;
- D. valorile unghiului SNA;
- E.** convexitatea facială.

(pag. 159)

12 Teleradiografia după Steiner vizează:

- A.** măsurarea unghiului SNA și interpretarea rezultatelor;
- B.** măsurarea unghiului SNB și interpretarea rezultatelor;
- C.** măsurarea unghiului axelor celor doi incisivi centrali;
- D. măsurarea înălțimii anterioare a feței;
- E. măsurarea înălțimii posterioare a feței.

(pag. 162)

13 Cele trei laturi ale triunghiului Tweed sunt reprezentate de:

- A. planul Se-N;
- B.** planul de la Frankfurt;
- C. planul bazal maxilar;
- D.** planul bazal mandibular;
- E.** axa incisivului inferior.

(pag. 163)

14 Pentru prognosticul dezvoltării ulterioare a aparatului dento-maxilar, Stockfish propune o schemă alcătuită din următoarele segmente periferice:

- A.** unghiul format de linia N-S cu planul mandibular Go-Gn;
- B.** suma unghiurilor: unghiul bazal însumat cu unghiul articular și cu unghiul goniatic;
- C.** unghiul goniatic anterior;
- D. unghiul SNA;
- E. unghiul SNB.

(pag. 174)

15 Björk a observat legătura caracteristicilor structurale ale mandibulei cu rotația mandibulară, precum urmează:

- A.** unghiul goniatic;
- B.** forma bazei mandibulei;
- C.** înclinarea capului condilian;
- D.** înclinarea și forma simfiziei;
- E. unghiul SNB.

(pag. 176)

*** 16 Pentru aprecierea poziției în sens vestibulo-oral a coroanei unui dinte inclus, se recomandă următorul tip de examen radiologic:**

- A. Ortopantomograma în propulsie
- B. Teleradiografia după Ricketts
- C. Teleradiografia după Tweed
- D. Radiografia cu film retroalveolar
- E.** Radiografia cu film muscat

(pag. 145-146)

17 Aspecte ale anatomiei radiologice a dinților temporari, care permit diferențierea lor de omologii permanenți sunt:

- A.** Dimensiunea în zona frontală a dinților temporari este mai mică decât cea a dinților permanenți
- B.** Radacinile molarilor temporari sunt foarte divergente, cu aspect de falci de clește în 1/3 apicală
- C. Spațiul periodontal este micșorat față de cel al dinților permanenți
- D.** Resorbția radiculară este fiziologică și se evidențiază de timpuriu
- E. Stratul de dentină care învelește camera pulpară și canalele radiculare este mai gros

(pag. 148-149)

18 În apariția erorilor de identificare a reperelor radiologice folosite în ortodontie, sunt implicați următorii factori:

- A.** Precizia marcajelor și reproductibilitatea lor
- B.** Calitatea imaginii radiografice
- C.** Operatorul și metoda de înregistrare
- D. Tehnicile de suprapunere a radiografiilor
- E. Factorii de mediu

(pag. 157)

Tema nr. 23

Anomaliile denti-maxilare de clasa a II-a

Bibliografie asociată temei:

Valentina Dorodan, D. Stanciu - Ortodontie și ortopedie dento-facială, Editura medicală, București, 2003.

pag. 379-391

*** 1 Cele două clase descrise de școala franceză pentru malocluziile din clasa a II-a sunt:**

- A. compresia de maxilar cu protruzie și compresia de maxilar cu înghesuire;
- B. ocluzia adâncă în acoperiș și laterognația mandibulară
- C. laterodeviația și laterognația mandibulară
- D. endodentia și laterognația mandibulară;
- E.** endognația și laterodeviația mandibulară.

(pag. 379)

*** 2 Anomaliile de Clasa a II-a Angle înglobează tulburări de creștere, dezvoltare și funcționale ale maxilarelor cantonate în principal în plan:**

- A. ocluzal;
- B. transversal;
- C. vertical;
- D. medio-sagital;**
- E. orbito-frontal.

(pag. 379)

*** 3 În cadrul endognației caracteristica principală este:**

- A. afectarea sectorului alveolar;
- B. baza maxilarului și piramida nazală sunt lărgite;
- C. baza maxilarului și piramida nazală sunt alungite;
- D. baza maxilarului și uneori piramida nazală sunt îngustate;**
- E. ocluzia mezializată.

(pag. 379-381)

*** 4 Exognația este o formă extrem de rară în care arcadele sunt spațiate iar parodonțiul se caracterizează prin:**

- A. în zona anterioară afectarea apare datorită hipersolicitării funcționale;
- B. este afectat precoce
- C. este afectat tardiv;
- D. faptul că rămâne neafectat;**
- E. constă în amputarea limbusurilor și apariția atrofiei verticale.

(pag. 380)

*** 5 Din punct de vedere etiopatogenic, rolul factorului constituțional în apariția endognației este demonstrat de :**

- A. apariția maxilarului îngust în special la dolicocefali;**
- B. apariția maxilarului îngust în special la brahicefali;
- C. apariția maxilarului îngust în special la normocefali,
- D. de studiile pe gemeni monoziгоți;
- E. apariția maxilarului îngust la subiecții cu rahitism.

(pag. 381)

6 În etiopatogenia compresiei de maxilar cu protruzie și spațiere putem întâlni următorii factori:

- A. ereditatea;**
- B. factorul constituțional;**
- C. ticurile de imitație;
- D. obiceiurile alimentare;
- E. rahitismul.**

(pag. 381)

7 În cadrul sindromului de compresiune maxilară cu protruzie și spațiere dentară putem întâlni ca simptome:

- A. ocluzie inversă totală;
- B. reducerea diametrului maxilar față de planul medio-sagital;**
- C. reducerea diametrului dento alveolar față de planul medio-sagital;**
- D. ocluzie adâncă acoperită;
- E. ocluzie distalizată.**

(pag. 380)

8 Factorii generali de dezvoltare implicați în etiopatogenia compresiei de maxilar cu protruzie și spațiere sunt:

- A. carențele metabolice;**
- B. absența suturii de creștere;
- C. complicațiile cariei dentare;
- D. prezența cicatricelor și frenurilor;
- E. rahitismul.**

(pag. 381)

9 Rolul eredității în etiopatogenia compresiei de maxilar cu protruzie și spațiere este demonstrat de:

- A. apariția compresiei de maxilar la vârste foarte fragede,**
- B. apariția anomaliei în general la populația nordică,
- C. asocierea frecventă cu alte sindroame cu transmitere genetică,
- D. retrognatismul nou-născutului;
- E. studiile pe gemeni.**

(pag. 381)

10 Modificările care apar compensator în cadrul sindromului de compresiune maxilară cu protruzie și spațiere dentară sunt:

- A. protruzia procesului dento – alveolar;**
- B. ocluzia distalizată;**
- C. ocluzia adâncă prăbușită;
- D. rar o ocluzie deschisă cu sau fără laterodeviație mandibulară;**
- E. infrapozitie laterală.

(pag. 380)

11 Factorii locali de dezvoltare implicați în etiopatogenia compresiei de maxilar cu protruzie și spațiere sunt:

- A. cicatricile chirurgicale de la nivelul bolții palatine**
- B. absența suturii de creștere**
- C. dolicocefalia
- D. complicațiile cariei dentare
- E. rahitismul.

(pag. 381)

12 În producerea sindromului de compresie de maxilar cu protruzie și spațiere obiceiurile vicioase acționează prin:

- A.** dezechilibrarea forțelor intra-extraorale din punct de vedere al intensității,
 - B.** dezechilibrarea forțelor intra-extraorale din punct de vedere al direcției,
 - C.** dezechilibrarea forțelor intra-extraorale din punct de vedere al duratei de acțiune,
 - D. prin întreruperea continuității arcadei dentare,
 - E. prin structurarea unui os cu o textură mai slabă.
- (pag. 382)

13 În producerea sindromului de compresie de maxilar cu protruzie și spațiere respirația orală acționează prin:

- A.** dispariția triplei închideri orale
- B. apariția hipotoniei mușchiului maseter
- C.** apariția hipotoniei mușchiului orbicular oris al buzei superioare,
- D.** modificarea comportamentului lingual în statică
- E.** modificarea comportamentului lingual în timpul exercitării funcțiilor.

(pag. 382)

14 Obiceiul vicios de sugere a degetului determină:

- A.** compresie alveolară cu protruzie
- B.** ocluzie adâncă incompletă
- C. ocluzie adâncă acoperită
- D. compresie de maxilar cu înghesuire
- E. prognatie adevărată.

(pag. 382)

15 Maladia Cauhépe-Fieux se caracterizează prin:

- A.** îngustarea maxilarului
- B.** interpoziția limbii între arcade în timpul deglutiției;
- C. dezechilibre dentare de tipul retrodenției superioare compensatorii,
- D.** dezechilibre dentare de tipul meziopozității cu rotație a premolarilor și molarilor
- E. ocluzie deschisă.

(pag. 382)

16 Modificările ocluzale caracteristice compresiei de maxilar cu protruzie și spațiere sunt:

- A.** relații molare distalizate
- B. relații molare mezializate
- C.** inocluzii sagitale grave
- D. ocluzie inversă frontală
- E.** supraocluzie incisivă.

(pag. 382)

17 Faciesul adenoidian se caracterizează prin:

- A.** profil convex;
- B. dolicocefalie,
- C.** leptoprosopie;
- D. fantă labială fermă;
- E. retrogheilie superioară.

(pag. 383)

18 La nivelul labial modificările caracteristice în compresia de maxilar cu protruzie sunt :

- A.** buza superioară subțire și palidă;
- B.** buza superioară ridicată spre pragul narinar;
- C. treaptă labială în linie dreaptă
- D. ocluzie labială fermă
- E.** buza inferioară groasă și fisurată, răsfrântă în șanțul labio-mentonier.

(pag. 383)

19 În compresia de maxilar cu protruzie examenul arcadei dento-alveolare poate evidenția:

- A.** o bază apicală mică;
- B.** o bază coronară largă;
- C.** grade diferite de îngustare premolară,
- D. distopozitia zonei dentare laterale superioare,
- E.** meziopozitia zonei dentare laterale superioare.

(pag. 385)

20 Examenul facial în compresia de maxilar cu protruzie poate evidenția:

- A.** un facies adenoidian,
- B.** aspect de bărbie dublă,
- C.** o buză inferioară răsfrântă în șanțul labio-mentonier,
- D. o treaptă labială inversată,
- E. un profil concav.

(pag. 383)

*** 21 In etiopatogenia endognatiei sau sindromului de compresie de maxilar cu protruzie si spatiere dentara intre factorii generali de dezvoltare se numara:**

- A. Obiceiurile vicioase de interpozitie si sugerea degetului
- B.** Rahitismul
- C. Cicatricile chirurgicale de la nivelul boltii palatine
- D. Respiratia orala
- E. Deglutitia atipica

(pag. 381)

22 In cadrul endognatiei sau sindromului de compresie de maxilar cu protruzie si spatiere dentara tiparul B de modificare scheletala se caracterizeaza prin:

- A. Ramul ascendent mandibular scurtat
 - B. Baza anterioara mai lunga care determina protruzia mediana a fetei**
 - C. Unghiul SNA crescut**
 - D. Etajul mijlociu mai mare ca cel inferior**
 - E. Incisivii superiori in labioversie
- (pag. 388)

23 In cadrul endognatiei sau sindromului de compresie de maxilar cu protruzie si spatiere dentara cresterile faciale de tip anterior se caracterizeaza prin:

- A. Unghiul planurilor maxilare este inalt
 - B. Dimensiunea verticala anterioara este mai mare
 - C. Unghiul planurilor maxilare este coborat**
 - D. Dimensiunea verticala anterioara este mica**
 - E. Cresterea scheletala si a partilor moi imbunatatesc fizionomia**
- (pag. 388)

Tema nr. 24

Malocluzia de clasa a II-a, diviziunea 2

Bibliografie asociata temei:

*Valentina Dorodat, D. Stanciu - Ortodonte si ortopedie dento-faciala, Editura medicala, Bucuresti, 2003.
pag. 396-399*

*** 1 Malocluzia de clasa a II2 a diviziunea 2 se caracterizeaza prin:**

- A. diferite grade de spatiere dentara
 - B. reducerea diametrelor premolare și molare**
 - C. dezvoltarea în exces în plan sagital a maxilarului superior
 - D. cresterea diametrelor premolare și molare
 - E. ocluzia adâncă în acoperiş.
- (pag. 396)

*** 2 Caracteristic sindromului de compresie de maxilar cu inghesuire dentara este:**

- A. protruzia cu supraacoperirea grupului incisiv
 - B. retrodenția cu supraacoperirea grupului incisiv**
 - C. angrenajul invers
 - D. ocluzia inversă frontală
 - E. ocluzia inversă laterală
- (pag. 396)

*** 3 Diagnosticul diferential al compresiei de maxilar cu inghesuire se face cu:**

- A. retrognatismul mandibular
 - B. laterodeviația mandibulară
 - C. laterognația mandibulară
 - D. pseudoproгнаția mandibulară
 - E. clasa I cu spraaalveolodontie incisivă**
- (pag. 399)

*** 4 Malocluzia de clasa a II2 a diviziunea 2 are în comun cu malocluzia din clasa II2 a diviziunea 1:**

- A. relația molară transversală
 - B. relația molară verticală
 - C. ocluzia adâncă acoperită
 - D. relația molară antero-posterioară**
 - E. ocluzia deschisă.
- (pag. 396)

*** 5 Malocluzia de clasa a II2 a diviziunea 2 este sinonimă cu:**

- A. endognația**
 - B. exognația
 - C. ocluzia deschisă
 - D. ocluzia adâncă în acoperiş
 - E. ocluzia încrucișată
- (pag. 396)

6 Diferențele dintre malocluziile din clasele II/1 și II/2 sunt:

- A. etiopatogenetice**
 - B. morfofuncționale**
 - C. diferă ca prevalență**
 - D. terapeutice**
 - E. de localizare
- (pag. 396)

7 Sindromul de compresie de maxilar cu inghesuire dentară se caracterizează prin:

- A. reducerea diametrului premolar**
 - B. reducerea diametrului molar**
 - C. retrodentie cu supraacoperirea grupului incisiv**
 - D. ocluzie adâncă în acoperiş
 - E. ocluzie inversă totală
- (pag. 396)

8 Din punct de vedere al gravității malocluziile din clasa a II2 -a se descriu doua forme clinice:

- A.** forma gravă în care dezechilibrele ocluzale produc tulburări parodontale
- B.** forma ușoară cu tulburări morfofuncționale și estetice
- C. forma ușoară fără tulburări morfofuncționale și estetice
- D. forma gravă cu modificări estetice
- E. forma medie

(pag. 397)

9 Aspectul facial în malocluziile din clasa a II2 -a (compresie de maxilar cu înghesuire) prezintă următoarele caracteristici:

- A. etajul inferior mărit
- B.** ocluzie labială cu planul plasat în poziție înaltă pe coroana incisivilor superiori
- C.** nas proeminent
- D. buză inferioară groasă și răsfrântă în șanțul labio-mentonier
- E.** menton proeminent

(pag. 397)

10 În malocluziile din clasa a II2 -a (compresie de maxilar cu înghesuire) la analiza dezvoltării arcadelor dento-alveolare se observă:

- A.** reducerea diametrelor premolare
- B.** reducerea diametrelor molare
- C.** accentuarea curbei Spee
- D. baza coronară mai largă decât cea apicală
- E. reducerea unghiului mandibular

(pag. 398)

11 Aspectul facial în malocluziile din clasa a II2 -a (compresie de maxilar cu înghesuire) prezintă următoarele caracteristici:

- A.** etajul inferior normal sau în foarte multe cazuri micșorat
- B.** șanțul labio mentonier accentuat
- C. punctul Gn plasat anterior de planul Simon
- D.** buzele subțiri
- E.** ocluzie labială fermă

(pag. 397)

12 Precizați care dintre următoarele caracteristici pot fi observate la examenul facial în malocluziile din clasa a II2 -a (compresie de maxilar cu înghesuire):

- A.** ocluzie labială fermă
- B.** etajul inferior normal sau micșorat
- C.** șanțul labio mentonier accentuat
- D. menton șters, aplatizat
- E. profil concav

(pag. 397)

13 Compresia de maxilar cu înghesuire face parte din categoria malocluziilor:

- A. dentare
- B.** de clasa I foarte rar
- C. de clasa a II-a diviziunea I
- D.** de clasa a II-a diviziunea II
- E. de clasa a III-a.

(pag. 396)

14 Precizați care dintre următoarele afirmații cu privire la frecvența malocluziilor din clasa a II2 -a (compresie de maxilar cu înghesuire) sunt adevărate:

- A.** formele moderate sunt mai frecvente ca cele grave
- B.** cazurile în care relațiile mandibulo mandibulare sunt de clasa I sunt rare
- C.** anomalia este mai puțin frecventă decât anomaliile din clasa a II1 –a
- D. după Hotz este mai frecventă în dentiția permanentă
- E. după Houston și Tulley afectează 20% din populație.

(pag. 396-398)

15 Din punct de vedere epidemiologic malocluziile din clasa a II2 -a (compresie de maxilar cu înghesuire) prezintă următoarele particularități:

- A. anomalia este mai frecventă decât anomaliile din clasa a II1 –a
- B. după Hotz este mai frecventă în dentiția permanentă
- C.** după Hotz este mai frecventă în dentiția temporară
- D.** după Houston și Tulley afectează 10% din populație
- E. după Houston și Tulley afectează 20% din populație

(pag. 396)

16 În malocluziile din clasa a II2 -a (compresie de maxilar cu înghesuire) dacă supraocluzia se asociază și cu decalaj între muchia incizală a incisivului inferior și centroidul radacinii incisivului superior tratamentul acestora prezintă următoarele particularități :

- A.** se efectuează mai dificil
- B.** riscul de recidivă este mai mare
- C. riscul de recidivă se reduce
- D. scade timpul de tratament
- E. este de preferat terapia funcțională.

(pag. 396)

17 Modificările arcadei dento-alveolare care pot fi prezente în malocluziile din clasa a II2 -a (compresie de maxilar cu înghesuire) sunt:

- A. arcade în formă de omega
- B.** arcade în formă de trapez
- C. arcade în formă de U
- D.** baza apicală este mai mare decât baza coronară
- E. baza coronară este mai mare decât baza apicală

(pag. 397-398)

18 În malocluziile din clasa a II2 -a (compresie de maxilar cu înghesuire) sindromul algodisfuncțional temporo-mandibular este consecința:

- A.** pierderii unor dinți din zona laterală
- B.** deplasării distale a mandibulei
- C.** creșterii supraocluziei frontale
- D. deplasării meziale a mandibulei
- E. formelor patologice ale arcadei dento-alveolare

(pag. 398)

19 Modificările ocluzale care pot fi prezente în malocluziile din clasa a II2 -a (compresie de maxilar cu înghesuire) sunt:

- A.** supraacoperirea grupului incisiv
- B.** angrenaje inverse premolare unilaterale sau bilaterale
- C.** rapoarte distalizate
- D. rapoarte mezializate
- E. ocluzie prăbușită laterală

(pag. 398)

20 În malocluziile din clasa a II2 -a (compresie de maxilar cu înghesuire) la analiza ocluziei dinamice se observă:

- A.** relația de postură a mandibulei este normală
- B. rapoartele de la nivel molar sunt distalizate
- C.** drumul de închidere al mandibulei este normal
- D.** în cazurile grave pacientul nu poate efectua mișcări de lateralitate
- E. mușchii ridicători ai mandibulei sunt hipertoni.

(pag. 398)

*** 21 Disjunctia maxilară este indicată în:**

- A. Îngustările de bază maxilară în care apare și infraalveolia incisivă
- B.** Îngustările de bază maxilară și piramida nazală
- C. Corectarea înocluziei sagitale
- D. Corectarea rapoartelor distalizate
- E. Corectarea supraocluziei frontale

(pag. 395)

22 În endognatie sau sindromul de compresie maxilară cu înghesuire dentară, la analiza dezvoltării bazelor scheletale se observă:

- A.** Înălțimea antero-inferioară a feței (Nsa-Gn) este mai mică
- B. Unghiul planurilor maxilare M-Nsa-Nsp este mai mare decât valoarea normală
- C.** Unghiul goniac este mai mic decât în unele cazuri poate fi și normal
- D. Tabloul clinic este dominat de o creștere facială de tip posterior
- E.** Există un unghi marcat coronaradicular al incisivului central

(pag. 398-399)

23 Aspectul tipic al înghesurii dentare în endognatie sau sindromul de compresie maxilară cu înghesuire dentară se caracterizează prin:

- A.** Palatopozitia marcată a incisivilor centrali superiori
- B.** Incisivii laterali sunt în vestibuloversie cu rotație mezială peste coroana centralilor
- C. Incisivii laterali sunt în palatopozitie
- D. Incisivii centrali sunt în prodenție
- E.** Incisivii inferiori pot fi într-o retro sau proinclinare

(pag. 398)

Bibliografie asociată temei:

Valentina Dorodă, D. Stanciu - Ortodonte și ortopedie dento-facială, Editura medicală, București, 2003.
pag. 405-408

* 1 În cazul malocluziilor de clasa a III-a treapta buzelor este:

- A. în linie dreaptă
- B. inversată**
- C. accentuată prin procheilie superioară
- D. accentuată prin procheilie inferioară
- E. buza superioară depășește cu 2 mm în plan sagital pe cea inferioară

(pag. 406)

* 2 Ocluzia inversă frontală în cazul malocluziilor clasei a III-a poate fi cu:

- A. numai cu inocluzie verticală
- B. cu sau fără inocluzie sagitală inversă**
- C. numai cu grad mare de supraacoperire frontală
- D. abrazia fețelor linguale ale incisivilor inferiori
- E. abrazia fețelor vestibulare ale incisivilor superiori

(pag. 405)

* 3 Maxilarul inferior în cadrul malocluziei de clasa a III-a este ghidat:

- A. anterior**
- B. posterior
- C. în lateralitate
- D. în laterognație
- E. în infrapozitie

(pag. 406)

* 4 În cadrul malocluziilor clasei a III-a aspectul facial poate fi:

- A. față aplatizată**
- B. de față crispată
- C. de față inexpresivă,
- D. facies adenoidian
- E. profil de pasăre.

(pag. 406)

* 5 În cadrul malocluziilor de clasa a III-a Angle diferența dintre SNA și SNB este:

- A. pozitivă
- B. negativă**
- C. diferența este de 10°
- D. diferența este de 90°
- E. diferența este de 120°

(pag. 406)

6 Modificările din cadrul malocluziei de clasa a III-a Angle interesează:

- A. maxilarul superior**
- B. maxilarul inferior**
- C. ambele maxilare**
- D. numai arcadele alveolare
- E. numai arcadele dentare

(pag. 405)

7 La examenul facial simptomele caracteristice ale malocluziei de clasa a III-a Angle sunt:

- A. față aplatizată**
- B. obraji înfundați**
- C. menton aplatizat
- D. buză superioară înfundată**
- E. profil convex

(pag. 406)

8 Malocluzia de clasa a III-a cuprinde un set de anomalii caracterizate prin:

- A. rapoarte mezializate**
- B. rapoarte distalizate
- C. ocluzie inversă frontală cu sau fără inocluzie sagitală inversă**
- D. rapoarte lingualizate
- E. rapoarte vestibularizate

(pag. 405)

9 În cadrul examenului facial în malocluziile de clasa a III-a Angle față poate avea un aspect lătit în totalitate datorită:

- A. treptei labiale în linie dreaptă
- B. pomeților obrazilor înfundați**
- C. profilului concav**
- D. procheiliei superioare
- E. treptei labiale inversate**

(pag. 406)

10 La nivelul procesului alveolar superior în malocluziile de clasa a III-a Angle pot fi observate modificări compensatorii care constau în:

- A. proalveolie**
- B. prodenție**
- C. Pr.A – F mai mare de 110°**
- D. I – F mai mare de 107°**
- E. retrodenție

(pag. 406)

11 Examenul teleradiografic în malocluziile de clasa a III-a Angle evidențiază:

- A. unghiul SNA mai mare de 80°
- B. unghiul SNB mai mic de 78°
- C. diferența dintre unghiurile SNA și SNB are valoare negativă**
- D. distanța Nsa – Nsp este micșorată**
- E. diagonala maxilarului superior S – Nsa redusă.**
(pag. 406)

12 Examenul teleradiografic în clasa a III-a Angle evidențiază:

- A. unghiul Pr.A-F mai mare de 110°**
- B. unghiul I-F mai mare de 107°**
- C. distanța Nsa – Nsp micșorată**
- D. diagonala maxilarului superior S – Nsa redusă.**
- E. unghiul SNB mai mic de 78°
(pag. 406)

13 Examenul facial în malocluziile de clasa a III-a Angle poate evidenția:

- A. aspect dezagreabil în surâs**
- B. unghiul format de tangenta dusă la nivelul gurii mai mic de 10°**
- C. profil concav**
- D. față aplatizată**
- E. buză inferioară subțire
(pag. 406)

14 La examenul teleradiografic în malocluziile de clasa a III-a Angle se observă:

- A. unghiul SNA mai mic de 80°**
- B. unghiul SNB mai mic de 78°
- C. diferența dintre unghiurile SNA și SNB are valoare pozitivă
- D. unghiul I-F mai mare de 107°**
- E. unghiul Pr.A-F mai mare de 110°**
(pag. 406)

15 Examenul endobucal în malocluziile de clasa a III-a Angle poate evidenția:

- A. profil concav
- B. față aplatizată
- C. ocluzie inversă frontală cu sau fără inocluzie sagitală**
- D. arcada alveolară apicală mică în raport cu arcada alveolară coronară**
- E. unghiul SNA mai mic de 80°
(pag. 406)

16 La examenul endobucal în malocluziile de clasa a III-a Angle se observă:

- A. arcada alveolară coronară mică în raport cu arcada alveolară apicală
- B. arcada alveolară apicală mică în raport cu arcada alveolară coronară**
- C. ocluzia mezializată**
- D. ocluzie inversă frontală sau totală.**
- E. înfundarea buzei superioare
(pag. 406)

17 Următoarele afirmații cu privire la ocluziile inverse prin retrognatism maxilar dat de sechelele postoperatorii ale despicăturilor labiomaxilopalatine sunt adevărate:

- A. gravitatea modificărilor fizionomice este maximă dacă ne raportăm la restul formelor de malocluzie de clasa a III-a**
- B. pe primul plan sunt tulburările funcției masticatorii**
- C. pe primul plan sunt tulburările respiratorii
- D. pacienții pot executa numai mișcări de coborâre și lateralitate
- E. apar cu regularitate tulburări fono-articulare**
(pag. 406-407)

18 La nivelul procesului alveolar superior în malocluziile de clasa a III-a Angle pot fi observate modificări compensatorii care constau în:

- A. proalveolie**
- B. prodenție**
- C. mezializarea dinților laterali
- D. I – F mai mic de 107°
- E. arcada alveolară coronară mare
(pag. 406)

19 Următoarele afirmații cu privire la afectarea ATM la pacienții cu malocluzii de clasa a III-a sunt adevărate:

- A. modificările ATM apar datorită absenței ghidajului anterior normal,**
- B. modificările ATM apar datorită transferului ghidajului mișcărilor mandibulare la nivelul dinților laterali**
- C. apar cracmente și crepitații**
- D. apar datorită instabilității contactelor interdentare**
- E. apar datorită absenței suprafețelor de uzură ocluzale.
(pag. 407)

20 La baza apariției spasmelor musculare în malocluzia de clasa a III-a. stau:

- A.** ocluzia mezializată
- B. ocluzia distalizată
- C.** drumul de închidere în treaptă mezializată
- D.** tulburările parodontale
- E. tulburările masticatorii.

(pag. 407)

21 Modificarile scheletale pe care le putem intalni in cadrul malocluziei de clasa a III-a sunt:

- A.** Dezvoltarea insuficienta a bazei maxilare superioare in plan sagital
- B. Dezvoltarea insuficienta a mandibulei in plan transversal
- C.** Cresterea marcata a celor doua ramuri mandibulare
- D. Cresterea unghiului SNA
- E.** Unghiurile Tweed si Margolis marite

(pag. 407)

22 In ocluzia inversa prin retrognatism maxilar dat de sechelele postoperatorii ale despicaturilor labio-maxilo-palatine observam urmatoarele aspecte:

- A.** Modificarile fizionomice au gravitate maxima
- B.** Defectiuni ale buzei superioare si piramidei nazale
- C. Profilul convex
- D. Pacientul nu executa decat miscari de lateralitate
- E.** Eficienta scazuta a actului masticator datorat reducerii unitatilor masticatorii

(pag. 406-407)

23 Manifestarile clinice in cadrul malocluziei de clasa a III-a sunt:

- A.** Fata aplatizata
- B.** Deplasarea punctului Nsa inapoia planului Dreyfuss
- C. Deplasarea punctului Gn inaintea planului Simon
- D.** Buza superioara infundata si in raport invers cu cea inferioara
- E. Profil convex

(pag. 406)

Tema nr. 26

Sindromul de inocluzie verticala

Bibliografie asociata temei:

*Valentina Dorodat, D. Stanciu - Ortodonte si ortopedie dento-faciala, Editura medicala, Bucuresti, 2003.
pag. 418-426, 429-438*

*** 1 În sindromul de inocluzie verticală acțiunea factorului genetic apare evidentă în unele afecțiuni ca:**

- A.** sindromul Down și unele cranio-sinostoze
- B. sindromul cariei de biberon
- C. sindromul de polidactilism
- D. sindromul Tourette
- E. numai în sindromul Down

(pag. 419)

*** 2 Ocluzia verticală este un sindrom caracterizat prin existența unor tulburari în primul rând în plan:**

- A. sagital
- B. transversal
- C.** vertical
- D. sagital și transversal
- E. în toate planurile

(pag. 418)

*** 3 În sindromul de inocluzie verticală sindromul Down determină instalarea unui deficit de dezvoltare a maxilarului superior interesând în special sectorul anterior care este:**

- A.** scurtat
- B. alungit
- C. îngustat
- D. lărgit
- E. aplatizat

(pag. 419)

*** 4 În sindromul de inocluzie verticală relațiile ocluzale normale sunt tulburate de inversarea tiparului de rotație mandibulară:**

- A. în direcție anterioară
- B.** în direcție posterioară
- C. urmând o traiectorie sinusală
- D. urmând o traiectorie în linie dreaptă
- E. urmând o traiectorie în baionetă

(pag. 419)

*** 5 În sincondroza intrasfenoidala și sfenoetmoidala sunt afectate:**

- A.** sutura coronară
- B. sutura palatinală
- C. simfiza mentonieră
- D. sutura maxilară
- E. sutura maxilară
sutura temporo-zigomatică

(pag. 420)

6 Traumatismul ocluzal care interesează dinții ce realizează contacte ocluzale în ocluzia deschisă se materializează în:

- A.** îmbolnăvire paradontală
- B.** apariția unor forțe de tip ortodontic care deplasează dintele din calea traumatismului
- C.** remanierea compensatorie a procesului alveolar
- D. masticație unilaterală
- E.** afecțiuni ale ATM

(pag. 432)

7 În sindromul de inocluzie verticală întâlnim modificări dentare ca:

- A. volum mărit
- B.** volum micșorat
- C.** modificări de formă
- D.** rădăcini mai scurte
- E. proînclinare

(pag. 422)

8 Următoarele afirmații privind modificările fizionomice dn sindromul de inocluzie verticală sunt adevărate:

- A.** hipertonia pătratului buzei inferioare determină aplatizarea mentonului
- B.** șanțul labio-mentonier poate fi șters fără ca profilul pacientului să fie modificat
- C. scurtarea ramurii ascendente mandibulare și cudarea ramurii orizontale mandibulare conduc la apariția unui profil concav
- D. hernierea limbii în spațiul de inocluzie verticală conferă pacientului un aspect de față crispată
- E.** apar brazde verticale inestetice la nivelul tegumentelor dacă pacientul interpune în spațiul de inocluzie față internă a buzei inferioare.

(pag. 436)

9 Sindromul Down poate prezenta ca simptome clinice:

- A.** tulburări de dezvoltare ale maxilarului la nivelul sectorului anterior
- B.** deficit de creștere a bazei craniului la nivelul planumului
- C. deficit de creștere a bazei craniului la nivelul clivusului
- D. obliterarea precoce a sistemului sutural
- E. tulburări de dezvoltare ale maxilarului la nivelul sectorului posterior

(pag. 419)

10 Factorii locali incriminați în producerea ocluziei deschise sunt:

- A. deglutiția
- B.** afecțiunile reumatice ale ATM
- C.** cicatricele cheloide
- D.** incongruența dento-alveolară cu înghesuire
- E. tratamentele ortodontice

(pag. 425-426)

11 Factorii locali care pot interveni în geneza unei inocluzii verticale sunt:

- A.** afecțiunile reumatice de la nivel ATM
- B.** incongruența dento-alveolară cu înghesuire primară sau secundară
- C.** cicatricele cheloide și retractorile
- D.** spațiul care rămâne după pierderea precoce a unui dinte temporar și intervalul de timp mărit până la apariția dintelui definitiv
- E. respirația orală

(pag. 425-426)

12 Factorii iatrogeni care determină ocluzia deschisă apar în cursul tratamentelor :

- A.** odontale
- B.** ortopedice
- C.** ortodontice
- D. ORL
- E. chirurgicale

(pag. 426)

13 La sugar efectuarea deglutiției implică:

- A.** interpunerea limbii între arcadele dentare
- B. poziționarea limbii pe bolta palatină
- C.** contracții periferice ale mușchilor genieni
- D.** contracții periferice ale mușchilor constrictori superiori ai faringelui
- E. contracții periferice ale mușchilor pterigoidieni interni

(pag. 423)

14 Cele mai importante tulburări funcționale care apar în inocluzia verticala sunt:

- A. rahitismul
- B. fono-articulatorii**
- C. masticatorii**
- D. de dezvoltare a maxilarelor
- E. de erupție dentară

(pag. 431)

15 Prin închidere precoce sutura lambdoidă determină:

- A. dezvoltarea insuficientă a regiunii occipitale**
- B. dezvoltarea insuficientă a regiunii parietale
- C. planumul redus
- D. clivusul redus**
- E. unghi foramenian micșorat**

(pag. 420)

16 În sindromul de inocluzie verticală o tulburare des întâlnită este perturbarea pronunției fonemelor dentale:

- A. D**
- B. T**
- C. F
- D. V
- E. S

(pag. 431)

17 O breșă de inocluzie verticală care interesează caninii, primii premolari și eventual și molarii poate conduce la:

- A. tulburări ale activității musculare**
- B. hipoplazii ale incisivilor
- C. tulburări ale ATM**
- D. tulburări masticatorii ca urmare a micșorării suprafețelor ocluzale**
- E. transferul ghidajului mișcărilor mandibulare la nivel lateral**

(pag. 432)

18 În inocluzia verticala tulburările dentare caracteristice sunt:

- A. incisivi hipoplazici Hutchinson**
- B. molari Moser**
- C. anodonția incisivilor laterali
- D. forme modificate precum incisivi laterali în țărș
- E. microfracturi ale muchiilor incizale**

(pag. 433)

19 În sindromul de inocluzie verticală tulburările de ocluzie, paradontale și dentare stau la baza instalării:

- A. spasmelor musculare**
- B. durerilor de etiologie obscură din regiunea capului**
- C. durerilor de tip nevralgiform
- D. durerilor de etiologie obscură din regiunea gâtului**
- E. relaxării musculare

(pag. 433)

20 Grupele musculare cele mai frecvent afectate de tulburările de ocluzie, parodontale și dentare din sindromul de inocluzie verticală sunt:

- A. pterigoidian extern**
- B. fasciculul anterior al temporalului**
- C. mușchi limbii**
- D. fasciculul posterior al mușchiului temporal
- E. pterigoidianul intern

(pag. 433)

21 In conformitate cu scoala franceza rahitismul este capabil sa determine aparitia ocluziei deschise:

- A. Prin interceptarea creșterii verticale a maxilarului superior ca urmare a efectelor negative asupra suturii nazo-fronto-maxilare**
- B. Prin obliterarea precoce a sistemului sutural lambdoidian
- C. Prin reducerea dimensiunii ramului ascendent și deformarea ramului orizontal al mandibulei**
- D. Prin rotația posterioară a maxilarului superior și anterioară a mandibulei
- E. Prin creșterea densității osoase mandibulare

(pag. 421)

22 Modificarile faciale ale pacientului cu ocluzie deschisă sunt:

- A. Dinti Hutchinson și molari Moser
- B. Santul labio-mentonier poate fi sters fără ca profilul pacientului să fie modificat**
- C. Aplatizarea mentonului ca urmare a hipertoniilor patratului buzei inferioare**
- D. Hernierea limbii în spațiul de inocluzie verticală dând aspect de față inexpressivă, caracteristică copilului cu intelect deficitar**
- E. Alungirea ramului ascendent și aplatizarea ramului orizontal al mandibulei, conferind profilului un aspect dizarmonios caracteristic

(pag. 434-436)

23 Tulburările parodontale din sindromul de inocluzie verticala pot imbraca urmatoarele aspecte:

- A.** Restrangerea ariei de articulare dentara la 1-2 dinti determina la nivelul acestora, datorita suprasolicitarii, largirea spatiului parodontal si resorbtia limbusului alveolar
- B.** La nivelul dintilor care nu sunt in contact ocluzal, orientarea fibrelor parodontale devine aproape orizontala
- C.** La nivelul dintilor aflati in contact datorita suprasolicitarii se produce atrofia osoasa verticala
- D.** In zonele de hiposolicitare, elementele de sustinere a dintelui sunt mai fragile, cu vascularizatie mai redusa
- E.** Parodontiul de invelis, datorita lipsei de autocuratie, este sediul unor procese inflamatorii sau modificari hiperplazice

(pag. 432-433)

24 In geneza unei inocluzii verticale limitate sau extinse pot interveni urmatorii factori locali:

- A.** Cicatricile cheloide si retractile, dupa arsuri termice, chimice sau electrice
- B.** Permanentizarea deglutitiei infantile
- C.** Afectiuni reumatice localizate la nivelul articulatiei temporo-mandibulare
- D.** Respiratia mixta
- E.** Incongruenta dento-alveolara cu inghesuire primara sau secundara

(pag. 425-426)

Tema nr. 27

Anodontia

Bibliografie asociata temei:

Ecaterina Ionescu - Anomaliile dentare, Editura Cartea Universitara, Bucuresti, 2005.
pag. 15-40

*** 1 În cazul anodonțiilor raportul în care sunt afectate cele două dentiții este:**

- A.** 10/1 în favoarea dentiției permanente;
- B.** 10/1 în favoarea dentiției temporare;
- C.** 16/1 în favoarea dentiției temporare;
- D.** 16/1 în favoarea dentiției permanente;
- E.** nu există nici o diferență în ceea ce privește frecvența anodonției între cele două dentiții.

(pag. 18)

*** 2 În cazul anodonțiilor raportul în care sunt afectate cele două sexe este:**

- A.** 2/1 în favoarea sexului masculin;
- B.** 2/1 în favoarea sexului feminin;q
- C.** nu există nici o diferență în ceea ce privește frecvența anodonției între cele două sexe;
- D.** 3/1 în favoarea sexului feminin;
- E.** 3/1 în favoarea sexului masculin.

(pag. 18)

3 Modul de transmitere al anodonției s-a dovedit a fi:

- A.** autozomal dominant regulat;
- B.** condiționat monogenic legat de cromozomul X;
- C.** autozomal dominant neregulat;
- D.** condiționat monogenic legat de cromozomul Y;
- E.** autozomal recesiv.

(pag. 23)

*** 4 Termenul de oligodonție definește situația clinică în care pe arcadă sunt prezenți un număr de:**

- A.** 1-2 dinți;
- B.** 2-6 dinți;
- C.** mai mult de 6 dinți;
- D.** 4-7 dinți;
- E.** 9 dinți.

(pag. 17)

*** 5 După Gysel termenul de hipodonție definește situația clinică în care de pe arcadă lipsesc un număr de:**

- A.** minim 4 dinți;
- B.** minim 3 dinți;
- C.** 8 dinți;
- D.** 2 dinți;
- E.** un dinte.

(pag. 15)

*** 6 Dintele cel mai frecvent afectat de anodonție este:**

- A.** incisivul lateral superior;
- B.** premolarul doi superior;
- C.** molarul de minte inferior;
- D.** molarul de minte superior;
- E.** incisivul central superior.

(pag. 18)

7 Precizați care dintre următoarele afirmații vizând corelația directă dintre prezența anodonției în dentiția temporară și permanentă sunt adevărate:

- A.** dentiția permanentă poate evolua normal, chiar dacă dentiția temporară a fost afectată de reducerea numerică;
- B.** în dentiția permanentă pot apare dinți supranumerari chiar dacă în cea temporară a fost prezentă anodonția;
- C.** în ambele dentiții sunt absente aceleași elemente dentare;
- D.** în dentiția permanentă se poate repeta situația de reducere numerică existentă în dentiția temporară,
- E.** dacă reducerea numerică a apărut în dentiția temporară, aceasta va fi prezentă obligatoriu și în dentiția permanentă.

(pag. 19)

8 După Quinet situațiile care pot conduce la dispariția unui dinte sunt:

- A.** trecerea de la biradiculație la monoradiculație și reducerea dimensiunii obiect al dispariției;
- B.** insuficiența potențialului formativ al teritoriilor prezumtiv odontogene;
- C.** încorporarea parțială a dintelui în cauză de către dinte vecin;
- D.** încorporare totală cu dispariția dintelui;
- E.** labilitate volumetrică, morfologică și variabilitate de poziție.

(pag. 19-20)

9 Factorii locali cu rol în producerea anodonțiilor sunt:

- A.** extracțiile brutale ale dinților temporari;
- B.** despicăturile labio-maxilo-palatine;
- C.** tumorile maxilarelor;
- D.** traumatismele intrauterine;
- E.** deficiențele nutriționale.

(pag. 22-23)

10 Factorii generali cu rol în producerea anodonțiilor sunt:

- A.** despicăturile labio-maxilo-palatine;
- B.** deficiențele nutriționale;
- C.** traumatismele intrauterine;
- D.** osteomielita acută și subacută a maxilarelor;
- E.** bolile infecto-contagioase ale mamei.

(pag. 22-23)

11 Diagnosticul diferențial în anodonții trebuie realizat cu:

- A.** incluzia dentară;
- B.** reincluzia dentară parțială;
- C.** diastema falsă sau secundară;
- D.** extracția dintelui;
- E.** ectopia dentară.

(pag. 25)

12 Examenul clinic în anodonția parțial redusă poate evidenția:

- A.** o creastă alveolară subțire, de aspect concav;
- B.** absența dintelui permanent de pe arcadă;
- C.** hipodezvoltare osoasă la palparea contururilor osoase, în special la mandibulă,
- D.** accentuarea șanțului labio-mentonier.
- E.** reducerea spațiului corespunzător de pe arcadă prin migrări dentare.

(pag. 24-25)

13 Anodonțiile de premolar doi prezintă următoarele caracteristici:

- A.** predecesorul temporar poate rezista pe arcadă doar până la 16-20 ani;
- B.** longevitatea corespondentului temporar poate fi explicată prin rămânerea acestuia la nivelul planului de ocluzie, suportând influența favorabilă a stimulilor funcționali;
- C.** poate fi însoțită de reincluzia molarului temporar corespondent;
- D.** conduce la modificări fizionomice precum inversarea treptei labiale;
- E.** este mai frecventă la nivelul premolarilor doi inferiori.

(pag. 27-28)

14 Anodonția de incisiv lateral superior se caracterizează prin:

- A.** poate fi asimetrică cu omolog nanic;
- B.** poate fi însoțită de modificări faciale precum proeminența mentonului și inversarea treptei labiale;
- C.** corespondentul temporar poate rezista pe arcadă până la 45-50 de ani;
- D.** longevitatea corespondentului temporar poate fi explicată prin rămânerea acestuia la nivelul planului de ocluzie, suportând astfel influența favorabilă a stimulilor funcționali;
- E.** persistența incisivului temporar pe arcadă reprezintă un element nefavorabil, deoarece poate conduce la depistarea tardivă a anomaliei.

(pag. 25-26)

15 Anodonția de molar trei se caracterizează prin:

- A.** nu pune probleme terapeutice decât dacă este asociată altor anomalii dento-maxilare;
- B.** poate constitui un factor agravant în terapia incongruenței laterale;
- C.** lipsește maxilarele de un stimul tardiv de creștere și mezializare;
- D.** este puțin frecventă;
- E.** stigmatizează pacientul în edentat terminal dacă acesta a pierdut prin leziuni odontale molarul unu și doi permanenți.

(pag. 29)

16 Anodonția de incisiv central inferior prezintă următoarele caracteristici:

- A.** conferă pacientului un aspect de breșă mare edentată;
- B.** modifică conturul labial prin stagnarea limbii în repaus în breșa datorată anodonției;
- C.** este cel mai frecvent tip de anodonție redusă;
- D.** este însoțită de modificări fonetice precum pronunția deficitară a fonemelor dentale și siflante;
- E.** dacă sunt prezenți pe arcadă corespondenții temporari se recomandă menținerea acestora pe arcadă.

(pag. 27)

17 Modificările faciale caracteristice anodonției totale sunt:

- A.** aspectul de „bătrân edentat”;
- B.** etaj inferior micșorat;
- C.** creste alveolare foarte reduse vestibulo-oral, chiar ascuțite;
- D.** deplasarea punctului gnation anterior de planul Simon;
- E.** inversarea treptei labiale.

(pag. 31)

18 În tratamentul anodonțiilor atitudinea față de dinții temporari corespondenți, persistenți pe arcadă, este:

- A.** în anodonția de incisiv lateral superior, corespondentul temporar se menține pe arcadă și se recurge la cosmetizarea lui prin adiție;
- B.** în anodonțiile de incisiv central inferior, corespondenții temporari se extrag cât mai timpuriu pentru a permite închiderea breșei prin mezializarea celorlalți dinți;
- C.** în anodonția de incisiv lateral superior, corespondentul temporar se extrage deoarece diferă mult de dintele permanent ca dimensiune, formă și culoare;
- D.** dinții temporari pot fi păstrați pe arcadă dacă nu prezintă leziuni odontale întinse și nu este prezentă rizaliza;
- E.** în anodonția de premolar doi, dintele corespondent temporar se extrage și se închide spațiul prin mijloace ortodontice.

(pag. 34-35)

19 Ortopantomograma este un examen complementar important în anodonții deoarece:

- A.** permite evaluarea numărului dinților;
- B.** permite aprecierea direcției de creștere a elementelor aparatului dento-maxilar;
- C.** permite aprecierea poziției intraosoase, a dimensiunii, conformației și anatomiei dinților prezenți;
- D.** evidențiază modificările structurilor dentare și permite aprecierea gradului de dezvoltare al dinților;
- E.** poate prevedea posibilitățile de creștere în raport cu vârsta și sexul (pronostic de creștere).

(pag. 32)

20 În anodonțiile subtotale dinții existenți pe arcadă se caracterizează prin:

- A.** sunt de cele mai multe ori simetrici;
- B.** sunt reduși ca volum, dar au o implantare bună;
- C.** sunt atipici ca formă,
- D.** sunt normal dezvoltați și structurați;
- E.** numărul acestora pe arcadă este limitat la 4-6.

(pag. 31)

*** 21 In anodontiile intinse, profilul concav este determinat de:**

- A. Pozitionarea punctului gnation posterior de planul Simon
- B. Pozitionarea punctului gnation anterior de planul Simon**
- C. Modificarile de forma ale dintilor prezenti pe arcada
- D. Crestele alveolare reduse vestibulo-oral
- E. Santul labio-mentonier sters

(pag. 31)

22 Caracteristicile anodontiei subtotale si totale sunt:

- A. Profil convex datorita unui suport dentar redus
- B. Etaj inferior micșorat**
- C. Creste alveolare foarte reduse vestibulo-oral, chiar ascutite, in special la arcada inferioara**
- D. Reprezinta uneori singurul semn cu caracter patognomonic in cadrul unor boli sistemice cu interesare organica complexa ecto-mezodermala**
- E. Dintii prezenti sunt de cele mai multe ori asimetrici, de dimensiuni si forma normala

(pag. 31)

23 Tabloul clinic al anodontiilor de incisiv central inferior include:

- A. Modificari ocluzale rezultate din edentatia in sine si din migrarile secundare**
- B. Modificari parodontale aparute mai frecvent ca raspuns tardiv la trauma ocluzala**
- C. Modificari respiratorii
- D. Modificari fonetice**
- E. Aspect de batran prin etaj inferior al fetei micșorat

(pag. 27)

Tema nr. 28

Dintii supranumerari

Bibliografie asociata temei:

Ecaterina Ionescu - Anomaliile dentare, Editura Cartea Universitara, Bucuresti, 2005. pag. 73-94

*** 1 Principalul argument pentru sustinerea teoriei mugurilor adamantini multipli in explicarea cauzală a apariției dinților supranumerari, este:**

- A. justifică coexistența la același individ de dinți supranumerari pe o arcadă dentară, cu anodonția pe cealaltă arcadă;
- B. explică apariția lui dens in dente;
- C. explică existența de dinți supranumerari ce însoțesc dentiția temporară;
- D. explică faptul că pot exista mai mulți dinți supranumerari alături de un dinte din serie normală;
- E. explică varietatea mare a dinților supranumerari.**

(pag. 45)

*** 2 Raportul în care sunt afectate cele două dentiții după Shapira în cazul dinților supranumerari, este:**

- A. 9/1 în favoarea dentiției temporare;
- B. 9/1 în favoarea dentiției permanente;**
- C. 10/1 în favoarea dentiției temporare;
- D. 10/1 în favoarea dentiției permanente;
- E. nu există nici o diferență în ceea ce privește frecvența dinților supranumerari între cele două dentiții.

(pag. 41)

*** 3 Contraragumentul teoriei diviziunii mugurelui dentar în explicarea cauzală a apariției dinților supranumerari este:**

- A. nu explică apariția lui dens in dente;
- B. nu explică faptul că pot exista mai mulți dinți supranumerari alături de un dinte din serie normală;
- C. cei doi dinți rezultați ar trebui să fie uniform micșorați în volum;**
- D. nu explică varietatea mare a dinților supranumerari;
- E. nu explică frecvența diferită a dinților supranumerari pe cele două arcade.

(pag. 46)

*** 4 Meziodensul este definit ca:**

- A. un dinte supranumerar situat în interiorul altui dinte;
- B.** un dinte supranumerar situat lângă linia mediană;
- C. un dinte orientat cu coroana spre baza maxilarului și rădăcina spre planul de ocluzie;
- D. un dinte supranumerar situat lângă molari;
- E. un dinte supranumerar situat în zona incisivă.

(pag. 40)

*** 5 Tratamentul de elecție în cazul dinților supranumerari este:**

- A. alinierea acestora pe arcadă prin mijloace ortodontice;
- B.** extracția;
- C. autotransplantul;
- D. cosmetizare prin adicție;
- E. expectativa.

(pag. 63)

6 Obiecțiile aduse teoriei atavice în explicarea cauzală a apariției dinților supranumerari sunt:

- A. nu explică existența de dinți supranumerari ce însoțesc dentiția temporară;
- B.** nu justifică coexistența la același individ de dinți supranumerari pe o arcadă dentară, cu anodonția pe cealaltă arcadă;
- C. nu explică apariția lui dens in dente;
- D.** nu explică frecvența diferită a dinților supranumerari pe cele două arcade;
- E. nu explică faptul că pot exista mai mulți dinți supranumerari alături de un dinte din serie normală.

(pag. 42)

7 Contraragumentele pentru teoria celei de-a treia dentiții în explicarea cauzală a apariției dinților supranumerari sunt:

- A.** nu explică existența de dinți supranumerari situați vestibular sau aliniați pe arcadă;
- B. nu explică existența de dinți supranumerari cu un grad de calcefiere similar celor din serie normală;
- C. nu explică existența caninilor supranumerari;
- D.** nu explică existența de dinți supranumerari ce însoțesc dentiția temporară;
- E. nu explică localizarea mai frecventă a dinților supranumerari în zona incisivă.

(pag. 43-44)

8 Principalele argumente aduse în sprijinul teoriei celei de-a treia dentiții în explicarea cauzală a apariției dinților supranumerari sunt cu excepția:

- A. apariția dinților supranumerari mai frecvent în poziție orală față de arcada dentară normală;
- B.** apariția dinților supranumerari mai frecvent în poziție vestibulară față de arcada dentară normală;
- C. explică existența de dinți supranumerari cu o mineralizare mai tardivă comparativ cu cea a dinților din serie normală;
- D.** explică existența de dinți supranumerari cu o mineralizare similară celei a dinților din serie normală;
- E.** explică marea varietate de tipuri de dinți supranumerari.

(pag. 43-44)

9 Originea resturilor epiteliale paradentare ce pot conduce prin proliferare anormală la dinți supranumerari este:

- A.** gubernaculum dentis;
- B. lama dentară laterală;
- C.** perlele lui Serres;
- D. muguri dentari rudimentari;
- E.** resturile lui Malassez.

(pag. 47)

10 După Kurt Toma dinții prelacteali prezintă următoarele caracteristici cu excepția:

- A. sunt structuri keratinizate;
- B. pot fi ușor îndepărtați deoarece nu au rădăcină;
- C.** erup pe arcadă în primele zile după naștere;
- D. se pierd în genere în cursul primelor săptămâni de viață;
- E.** au un grad de calcefiere similar celui din dentiția normală.

(pag. 44-45)

11 Dinții neonatali prezintă următoarele caracteristici:

- A.** apar în primele luni de viață;
- B. există pe arcadă încă de la naștere;
- C.** localizarea cea mai frecventă este la nivelul grupului incisiv inferior;
- D. localizarea cea mai frecventă este la nivelul grupului incisiv superior;
- E. sunt acoperiți de un strat gros de smalț.

(pag. 49)

12 Precizați care dintre următoarele afirmații cu privire la frecvența dinților supranumerari sunt false:

- A. anomalia este mai frecventă pe hemiarcada stângă;
 - B.** anomalia este mai frecventă la sexul feminin;
 - C.** anomalia este mai frecventă în dentiția temporară;
 - D. frecvența este mai mare la nivelul maxilarului superior;
 - E. frecvența este mai mare la populațiile de culoare.
- (pag. 41-42)

13 Semnele clinice care pot indica existența unui dinte supranumerar inclus sunt:

- A.** absența închiderii unei diasteme interincisive după erupția incisivului lateral și chiar a caninilor;
- B.** persistența unuia sau mai multor dinți temporari pe arcadă peste vârsta obișnuită de permutare;
- C. modificarea conturului labial;
- D.** prezența distopiilor izolate;
- E. resorbții pe suprafața radiculară a dinților învecinați.

(pag. 50)

14 Precizați care dintre următoarele afirmații despre meziodens sunt false:

- A. este dinte supranumerar cel mai frecvent întâlnit;
- B.** apare la ambele maxilare;
- C. de regulă este unic, mai rar multiplu;
- D. este greu de precizat cu certitudine cărei dentiții îi aparține, temporară sau permanentă;
- E.** este pluricuspidat și pluriradicular.

(pag. 51-56)

15 Afirmațiile adevărate despre dens in dente sunt:

- A.** se mai numește și odontom coronar;
- B. dinte cel mai afectat este incisivul lateral permanent inferior;
- C.** poate interesa orice dinte;
- D.** prezintă frecvent un foramen caecum adâncit;
- E.** apexul acestora rămâne de cele mai multe ori deschis.

(pag. 56-57)

16 În etiologia dinților invaginați intervin următoarele mecanisme:

- A. acoperirea unui germen dentar de către altul;
- B.** proliferarea activă a epiteliilor adamantine și invaginarea acestora în mugurele dentar;
- C.** defecte ale epiteliului adamantin intern, care determină rămânerea în urmă a anumitor porțiuni de smalț, invaginarea luând naștere prin proliferarea și înălțarea porțiunilor neafectate;
- D. dispunerea anormală a țesuturilor dure dentare;
- E. proliferarea activă și evaginarea epiteliului adamantin intern.

(pag. 57)

17 Bifați afirmațiile false referitoare la gemație:

- A. tendința unui germen dentar de a se divide;
- B.** tendința a doi dinți de a se uni între ei la nivel coronar;
- C.** tendința a doi dinți de a se uni între ei la nivel radicular;
- D. existența unei simple ancoșe pe marginea incizală a incisivilor;
- E.** tendința unui dinte de a se dezvolta în interiorul altui dinte.

(pag. 58)

18 Examenul radiologic evidențiază o cameră pulpară unică în următoarele forme de geminism dentar:

- A.** gemație produsă prematur;
- B. bigemație;
- C. fuziune coronară;
- D. fuziune radiculară;
- E.** fuziune totală.

(pag. 58-60)

19 Următoarele tipuri de examene radiologice permit precizarea poziției dinților incluși în raport cu linia arcadei, cu excepția:

- A.** teleradiografia de față;
- B.** radiografia cu film retroalveolar;
- C. metoda excentrică Clarck;
- D. radiografia ocluzală;
- E.** ortopantomograma.

(pag. 61-63)

20 Extracția dinților supranumerari este contraindicată în următoarele situații:

- ☐ A. când se asociază cu microdonția dinților din serie normală;
- ☐ B. când sunt asimptomatici;
- ☒ C. când un dinte din serie normală, situat în vecinătatea sa, este compromis și nu poate fi păstrat pe arcadă;
- ☒ D. când au o poziție favorabilă pentru erupția pe arcadă și ar putea fi folosiți în viitor în locul unui dinte din serie normală predispus cariei și complicațiilor ei;
- ☐ E. când sunt anastrofici.

(pag. 65-66)

Tema nr. 29

Incluzia dentara

Bibliografie asociata temei:

Ecaterina Ionescu - Anomaliile dentare, Editura Cartea Universitara, Bucuresti, 2005. pag. 73-94

*** 1 Incluzia dentară se întâlnește cel mai frecvent la nivelul:**

- ☐ A. premolarului unu;
- ☐ B. incisivului lateral;
- ☒ C. caninului;
- ☐ D. premolarului doi;
- ☐ E. molarului trei.

(pag. 74)

*** 2 Incluzia vestibulară de canin după Bass reprezintă:**

- ☐ A. 3%;
- ☐ B. 0,5%;
- ☒ C. 1-2%;
- ☐ D. 2-3%;
- ☐ E. 0,5-1%.

(pag. 75)

*** 3 După clasificarea clinico-antropologică a lui Firu, incluzia dentară face parte din grupa:**

- ☐ A. anomaliilor dento-alveolare;
- ☒ B. anomaliilor dentare izolate;
- ☐ C. anomaliilor monocauzale;
- ☐ D. dizarmoniilor dentare de grup;
- ☐ E. anomaliilor de clasa I.

(pag. 75)

*** 4 Valoarea unghiului dintre axul caninului și linia mediană în gradul 1 de severitate este:**

- ☐ A. 0°-10°;
- ☐ B. 5°-10°;
- ☐ C. 5°-15°;
- ☒ D. 0°-15°;
- ☐ E. 10°-15°.

(pag. 81)

*** 5 Semnul Quintero se caracterizează prin:**

- ☐ A. poziția palatinală a coroanei incisivului central superior;
- ☐ B. poziția vestibulară a coroanei incisivului central superior;
- ☐ C. poziția palatinală a coroanei incisivului lateral superior;
- ☐ D. rotația disto-vestibulară a incisivului lateral superior;
- ☒ E. poziția vestibulară a coroanei incisivului lateral superior.

(pag. 84)

6 Incluzia dentară mai este cunoscută și sub denumirea de:

- ☒ A. retenție primară;
- ☐ B. retenție secundară;
- ☒ C. retenție totală;
- ☒ D. dinți retenționați;
- ☐ E. dinți inclavați.

(pag. 74)

7 Incluzia de canin este mai frecventă:

- ☐ A. la mandibulă;
- ☒ B. la maxilar;
- ☐ C. la sexul masculin;
- ☒ D. la sexul feminin;
- ☒ E. în poziție orală.

(pag. 74-75)

8 Cauzele deficitului de spațiu în etiologia incluziei pot fi:

- ☒ A. macrodonția relativă sau absolută;
- ☒ B. dezvoltarea insuficientă a maxilarelor;
- ☒ C. meziopozitia generalizată;
- ☐ D. un fren anormal sau cicatriceal;
- ☐ E. osteoscleroza și fibromatoza gingivală.

(pag. 76-77)

9 În etiologia incluziei obstacole în calea erupției dintelui pot fi cu excepția:

- A.** axul de erupție modificat în sens sagital sau transversal;
- B.** macrodonția absolută sau relativă;
- C. persistența dinților temporari peste termenul lor de eliminare;
- D. existența unor formațiuni tumorale;
- E. existența dinților supranumerari.

(pag. 78)

10 Factorii determinanți ai incluziei dentare sunt:

- A. traumatismele;
- B. defectele membranei parodontale;
- C.** formarea mult prea profundă a mugurelui dentar;
- D.** particularitățile de conformare anatomică ale dintelui (angulare coronară, radiculară);
- E.** pierderea potențialului eruptiv al dintelui.

(pag. 79)

11 Factorii generali implicați în incluzia dentară pot fi:

- A.** disfuncțiile endocrine;
- B.** avitaminozele (în special avitaminoza D);
- C.** tulburările neuropsihice;
- D. cicatricile post palatorafie în despicături;
- E.** cauze toxice.

(pag. 80)

12 Clasificarea incluziei dentare din punct de vedere evolutiv:

- A.** totală sau completă-dintele inclus este în întregime intraosos;
- B. totală sau completă-dintele inclus este separat de cavitatea orală prin fibromucoasă;
- C.** parțială sau incompletă-dintele inclus nu este înconjurat în totalitate de os;
- D.** parțială sau incompletă-dintele inclus este separat de cavitatea orală prin fibromucoasă;
- E. parțială sau incompletă-dintele inclus este în întregime intraosos.

(pag. 80)

13 Semnele clinice sugestive pentru prezența unui dinte inclus sunt:

- A. lipsa de pe arcadă a dintelui temporar;
- B.** existența unui spațiu edentat;
- C. mucoasă sensibilă la palpare;
- D.** durere cu caracter nevralgiform;
- E.** prezența unor fistule cronice.

(pag. 84)

14 Ancorarea intratisulară a unui dinte inclus presupune:

- A.** realizarea unei cavități retentive în coroana dintelui;
- B.** cimentarea unui cârlig;
- C.** sacrificiu de substanță osoasă și dentară redus;
- D. sacrificiu de substanță osoasă și dentară mare;
- E.** tracțiunea se aplică la extremitatea dintelui.

(pag. 92)

15 Ancorarea transtisulară a unui dinte inclus prezintă următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. este sigură;
- B. poate determina lezarea pulpei dentare;
- C. necesită sacrificiu mare de substanță dentară;
- D.** nu necesită sacrificiu de substanță dentară;
- E.** nu poate determina fracturi ale marginii incizale.

(pag. 91-92)

16 Ancorarea dintelui inclus prin colare presupune:

- A.** o hemostază foarte bună;
- B.** aplicarea unui bracket sau buton pe coroana dintelui inclus;
- C. aplicarea unei ligaturi în jurul coletului dintelui inclus;
- D. nu necesită hemostază;
- E. realizarea unei cavități retentive și cimentarea unui cârlig.

(pag. 93)

17 În cazul incluziilor dentare, radiografia retroalveolară poate preciza:

- A. poziția vestibulară sau orală a dintelui inclus;
- B.** poziția dintelui inclus în grosimea maxilarelor;
- C.** aspectul morfologiei coronare a dintelui inclus;
- D. prezența complicațiilor nervoase;
- E.** relația dintelui inclus cu dinții vecini.

(pag. 85)

18 Incidențele folosite pentru a preciza poziția vestibulară sau orală a dintelui inclus sunt:

- A. radiografia retroalveolară;
- B.** radiografia excentrică;
- C. ortopantomograma;
- D. teleradiografia;
- E.** radiografia cu film mușcat.

(pag. 85)

19 Pentru obținerea spațiului necesar alinierii dintelui inclus, metodele conservatoare presupun:

- A.** folosirea aparatelor ortodontice;
- B. extracția unui dinte vecin;
- C.** mărirea perimetrului arcadei;
- D.** distalizarea zonelor laterale în cazul meziopozității generalizate;
- E. extracția dintelui inclus.

(pag. 90)

20 Bifați afirmațiile false referitoare la tracționarea și alinierea dintelui inclus pe arcadă:

- A.** începe la 8-10 zile de la intervenția chirurgicală;
- B. începe la 8-15 zile de la intervenția chirurgicală;
- C. se realizează cu forțe moderate;
- D.** se realizează cu forțe mari;
- E.** formarea țesutului hialin stimulează erupția dintelui inclus.

(pag. 94)

21 Gradul de severitate al incluziei dentare poate fi apreciat după Stivaros și Mandall în funcție de:

- A. Distanța în milimetri de la dintele inclus până la planul de ocluzie
- B.** Înălțimea verticală a coroanei caninului în raport cu incisivul adiacent
- C.** Gradul de suprapunere peste radacina incisivului adiacent
- D.** Unghiul pe care axul caninului îl face cu linia mediană
- E. Locul unde au fost descoperiți radiologic dinții incluși

(pag. 80-82)

22 Micsorarea spațiului necesar erupției unui dinte poate fi determinată de:

- A.** Reducerea filogenetică a elementelor componente ale aparatului dento-maxilar
- B. Persistența dinților temporari peste termenul lor de eliminare
- C.** Macrodonția absolută sau relativă
- D.** Dezvoltarea insuficientă a maxilarului în plan transversal
- E. Pierderea provizorie sau definitivă a potențialului eruptiv al dintelui

(pag. 75-77)

23 Diagnosticul pozitiv al incluziei dentare este sugerat de prezenta următoarelor semne clinice:

- A.** Fistule cronice fără răspuns terapeutic
- B.** Semnul lui Quintero
- C.** Dureri cu caracter nevralgiform fără o cauză precisă
- D. Bombare vestibulară depresibilă la palpare
- E.** Existența unui dinte supranumerar erupt, ocupând parțial sau total spațiul dintelui din seria normală

(pag. 84)

24 După Winter, incluziile de canin pot fi:

- A.** Orizontale
- B. Heterotopice
- C.** Oblice-meziale
- D.** Incluzii în retroversie
- E. Submucoase

(pag. 83)

Tema nr. 30

Reincluzia dentară

Bibliografie asociată temei:

*Ecaterina Ionescu - Anomaliile dentare, Editura Cartea Universitară, București, 2005.
pag. 107-118*

*** 1 Școala franceză încadrează reincluzia dentară în grupa:**

- A. anomaliilor monocauzale;
- B. anomaliilor de clasă I;
- C. anomaliilor dento-alveolare;
- D.** anomaliilor dentare izolate;
- E. anomaliilor de clasă a II-a.

(pag. 107)

*** 2 Reincluzia afectează cel mai frecvent:**

- A. molarul doi inferior permanent;
- B.** molarul doi inferior temporar;
- C. molarul unu inferior temporar;
- D. molarul doi superior temporar;
- E. molarul unu superior permanent.

(pag. 108)

*** 3 Reincluzia în dentiția permanentă este mai frecventă pentru:**

- A.** molarul unu inferior;
- B. molarul unu superior;
- C. premolarul unu inferior;
- D. premolarul unu superior;
- E. molarul doi superior.

(pag. 109)

*** 4 Semn radiologic de reincluzie este reprezentat de situația în care:**

- A. molarul temporar și succesionalul său sunt situați unul lângă celălalt;
- B. molarul temporar și succesionalul său sunt situați unul deasupra celuilalt;**
- C. molarul temporar este situat intraosos și succesionalul este erupt;
- D. toate afirmațiile sunt adevărate;
- E. toate afirmațiile sunt false.

(pag. 116)

*** 5 În cazul reincluziei molarului doi temporar care prezintă succesional, atitudinea terapeutică este:**

- A. expectativa;
- B. extracția și replantarea precoce;
- C. extracția imediată;**
- D. luxarea dintelui anchilozat;
- E. reconstituirea contactelor proximale.

(pag. 118)

6 Reincluzia dentară poate fi denumită și:

- A. retenție dentară primară;
- B. retenție dentară secundară;**
- C. anchiloză dentară;**
- D. retenție totală;
- E. dinte încleștat.**

(pag. 107)

7 Caracteristici pentru reincluzia dentară sunt:

- A. este un proces lent;**
- B. este un proces rapid;
- C. poate fi totală sau parțială;**
- D. poate fi precoce sau tardivă;**
- E. este un proces progresiv.**

(pag. 107)

8 Bifați afirmațiile false referitoare la frecvența reincluziei dentare:

- A. este predominantă în dentiția permanentă;**
- B. este predominantă în dentiția temporară;
- C. este mai frecventă la molarul doi inferior;
- D. este mai frecventă la molarul doi superior;**
- E. este mai frecventă la molarul unu temporar.**

(pag. 108)

9 Caracteristici pentru reincluzia dentară din punct de vedere al frecvenței sunt următoarele:

- A. în dentiția temporară este mai frecventă la mandibulă;**
- B. în dentiția temporară este mai frecventă la maxilar;
- C. în dentiția permanentă este mai frecventă la maxilar;**
- D. în dentiția permanentă este mai frecventă la mandibulă;
- E. sexul feminin este mai afectat comparativ cu sexul masculin.**

(pag. 109-110)

10 Următoarele afirmații nu sunt caracteristice pentru reincluzia parțială:

- A. existența unui orificiu în mucoasă la nivelul crestei alveolare;**
- B. vizibilitatea unei părți din coroana dentară;
- C. egresiunea dinților antagoniști;
- D. infrapozitia dintelui reinclus;
- E. absența dintelui de pe arcadă fără ca acesta să fi fost extras.**

(pag. 113-114)

11 Tonul dat de dintele reinclus la percuția cu un instrument bont poate fi:

- A. mai vibrant;**
- B. mai înfundat;
- C. mai mat;
- D. mai intens;**
- E. mai sonor.**

(pag. 114)

12 Datele oferite de examenul radiologic în reincluzia parțială sunt:

- A. prezența anchilozei osteo-dentare;**
- B. prezența sau absența dintelui succesional;**
- C. relația dintelui reinclus cu dintele succesional;**
- D. prezența complicațiilor vasculare;
- E. rizaliza dintelui temporar reinclus.**

(pag. 115)

13 Reincluzia totală nu se caracterizează prin:

- A. prezența dintelui în infrapozitie;**
- B. o parte din coroana dintelui este vizibilă;**
- C. absența dintelui de pe arcadă fără ca acesta să fi fost extras;
- D. prezența unui orificiu la nivelul crestei alveolare;
- E. prezența unei denivelări la nivelul crestei alveolare.

(pag. 115)

14 În cazul reincluziei parțiale, diagnosticul diferențial se face cu:

- A.** oprirea în erupție a dintelui;
- B. incluzia dentară;
- C. reincluzia totală;
- D.** intruzia posttraumatică parțială;
- E. extracția.

(pag. 116)

15 În cazul reincluziei totale, diagnosticul diferențial se face cu:

- A.** incluzia dentară;
- B.** anodonția;
- C. reincluzia parțială;
- D.** extracția;
- E. oprirea în erupție a dintelui.

(pag. 116-117)

16 Consecințele reincluziei dentare sunt cu excepția:

- A. denivelarea planului de ocluzie;
- B.** apariția unor forțe normale la nivelul dinților înclinați;
- C.** tulburări de fonație;
- D. incluzia succesionalului permanent;
- E. hiperestezie și hipersensibilitate dentinară.

(pag. 117)

17 În reincluzia dentară, atitudinea terapeutică depinde de:

- A.** tipul dintelui afectat;
- B.** gradul reincluziei;
- C.** ritmul evoluției reincluziei;
- D. consecințele asupra părților moi;
- E.** momentul apariției.

(pag. 118)

18 Recomandările în cazul reincluziei precoce a molarului doi temporar cu anodonția succesionalului sunt:

- A. expectativa;
- B.** extracția precoce a molarului doi temporar;
- C. luxarea molarului doi temporar;
- D.** accelerarea mezio-translatării molarului unu permanent;
- E. refacerea morfofuncțională a coroanei molarului doi temporar.

(pag. 119)

19 Teoria mecanică în etiopatogenia reincluziei dentare:

- A.** este cea mai veche;
- B. este cea mai recentă;
- C.** consideră reincluzia consecința lucrului mecanic dezvoltat de erupția molarului unu permanent;
- D. consideră reincluzia consecința fuziunii strânse între osul alveolar și cementul radicular;
- E. a fost susținută de școala anglosaxona de specialitate

(pag. 110)

20 Extracția este o metodă de tratament a reincluziei ce poate fi aplicabilă în următoarele situații clinice:

- A.** reincluzia molarului doi temporar ce are succesional;
- B. reincluzia tardivă a molarului doi temporar cu anodonția succesionalului;
- C.** reincluzia precoce a molarului doi temporar cu anodonția succesionalului;
- D. reincluzia precoce a dintelui permanent;
- E.** reincluzia tardivă a dintelui permanent dacă procesul continuă

(pag. 118-119)

*** 21 Semnul premolar al lui Galippe se caracterizează prin:**

- A.** Supurația și rotația cu 90 de grade a premolarului 2
- B. Supurația și rotația dintelui reinclus
- C. Situarea molarului temporar și a succesionalului sau unul lângă altul
- D. Situarea molarului 2 temporar intraosos în timp ce succesionalul sau este erupt
- E. Prezența resorbțiilor coronare localizate pe suprafața premolarului 2

(pag. 117)

*** 22 Termenul de dinte inclestat se folosește pentru a defini:**

- A. Un dinte erupt ectopic
- B. Un dinte rămas inclus
- C.** Un dinte reinclus
- D. Un dinte malformat
- E. Un dinte temporar fără rizaliză

(pag. 107)

* 1 **Cel mai frecvent ectopic erupe:**

- A. molarul trei superior;
- B. caninul superior;**
- C. incisivul lateral superior;
- D. caninul inferior;
- E. premolarul doi inferior.

(pag. 121)

* 2 **Ectopia dentară este cauzată cea mai frecvent de:**

- A. prezența dinților supranumerari incluși;
- B. prezența unei fibromucoase dure;
- C. persistența pe arcadă a dintelui temporar fără rizaliză;
- D. reducerea sau absența spațiului necesar erupției și alinierii dentare;**
- E. existența unui capac osos dens.

(pag. 123)

* 3 **Care dintre următoarele determinări teleradiografice este utilă pentru stabilirea existenței unei meziopozii generalizate bilaterale în cazul ectopiei de canin:**

- A. măsurarea unghiului SNA;
- B. măsurarea unghiului ANB;
- C. determinarea lungimii ramurii ascendente mandibulare;
- D. aprecierea poziției molarului de 6ani inferior față de axa Y;**
- E. aprecierea poziției molarului de 6ani superior față de axa Y.

(pag. 124)

* 4 **Din totalul ectopiilor, ectopia de canin superior reprezintă:**

- A. 2/3;**
- B. 1/3;
- C. 1/2;
- D. 1/4;
- E. 2/5.

(pag. 122)

* 5 **În ectopia palatinală de canin, principalul inconvenient fizionomic este:**

- A. blocajul ocluzo-articular;
- B. modificarea conturului labial;
- C. ulcerățiile de la nivelul mucoasei linguale;
- D. aspectul de edentație;**
- E. fațetele de abraziune de pe canini.

(pag. 125)

6 **Particularitățile ectopiei de canin din punctul de vedere al frecvenței sunt:**

- A. mai frecventă este ectopia de canin superior;**
- B. mai frecventă este ectopia de canin inferior;
- C. reprezintă 1/3 din totalul ectopiilor;
- D. mai frecventă este ectopia vestibulară;**
- E. mai frecventă este ectopia palatinală.

(pag. 121-122)

7 **Cauzele micșorării spațiului pentru erupția și alinierea dinților pe arcadă sunt:**

- A. factori genetici;**
- B. factori funcționali;**
- C. prezența dinților supranumerari incluși;
- D. iatrogenii;**
- E. traumatisme și intervenții chirurgicale pe maxilare.

(pag. 123)

8 **Principalele obstacole în calea erupției dentare care pot conduce la ectopii sunt, cu excepția:**

- A. macrodonția relativă;**
- B. persistența pe arcadă a dintelui temporar fără rizaliză;
- C. prezența dinților supranumerari incluși;
- D. prezența unei fibromucoase dure;
- E. meziopozitia generalizată.**

(pag. 122)

9 **Principalele cauze care determină reducerea spațiului pentru erupția și alinierea dinților pe arcadă sunt:**

- A. macrodonția absolută;**
- B. endalveoliile;**
- C. persistența pe arcadă a dintelui temporar fără rizaliză;
- D. meziopozitia generalizată;**
- E. retrognațiile.**

(pag. 123)

10 Investigațiile necesare pentru aprecierea unei meziopozitii generalizate bilaterale sunt următoarele:

- A. examenul facial;
- B. măsurarea lungimii arcadei;**
- C. perimetria;
- D. radiografia retroalveolară;
- E. teleradiografia de profil.**

(pag. 124)

11 Meziopozitia generalizată se poate datora:

- A. persistenței caninului temporar pe arcadă;
- B. extracțiilor precoce ale dinților temporari în regiunea frontală;
- C. extracțiilor precoce ale dinților temporari din zona de sprijin Korkhaus;**
- D. netratarea leziunilor odontale ale dinților temporari din zona de sprijin Korkhaus;**
- E. dezvoltării insuficiente a maxilarului în plan sagital.

(pag. 123)

12 Ectopia de canin poate determina următoarele modificările fizionomice:

- A. deformarea conturului labial;**
- B. scurtarea arcadei dentare;
- C. întreruperea continuității normale a arcadei;
- D. în cazul ectopiei palatinale aspectul de edentație;**
- E. vizibilitatea dinților malpoziționați în vorbire.**

(pag. 125)

13 Manifestările clinice în ectopia dentară pot fi:

- A. ulcerații traumatiche ale mucoasei vestibulare;**
- B. înfundare la nivelul procesului alveolar al dintelui ectopic;
- C. angrenaj invers;**
- D. deformarea conturului labial;**
- E. semne ale suferinței la nivelul articulației temporo-mandibulare.**

(pag. 125-126)

14 Consecințele întreruperii continuității arcadei dentare în ectopia de canin sunt cu excepția:

- A. blocajul ocluzo-articular;**
- B. transmiterea nefiziologică a forțelor orizontale;
- C. transmiterea nefiziologică a forțelor verticale;**
- D. apariția de forțe excentrice la nivelul caninului;
- E. abraziuni atipice.

(pag. 125-126)

15 La examenul arcadei alveolo-dentare în ectopia de canin se pot constata:

- A. modificarea formei arcadei;**
- B. aspectul de edentație;
- C. asimetria arcadei;**
- D. leziuni ulcerative pe mucoasa jugală;
- E. modificări de poziție ale caninului în cele trei planuri spațiale.**

(pag. 125)

16 Caninul ectopic poate determina următoarele complicații vizibile radiologic la nivelul dinților învecinați:

- A. rizaliza patologică;**
- B. modificarea axului radicular;**
- C. angrenajul invers;
- D. modificări de formă ale rădăcinii;**
- E. fațetele de abraziune de pe fețele vestibulare sau orale ale dinților aflați în angrenaj invers.

(pag. 126)

17 În ectopia de canin ortopantomograma NU oferă date despre:

- A. relația existentă între molarul de 6 ani și baza craniului;**
- B. raportul radicular al dintelui ectopic cu apexurile dinților vecini;
- C. existența sau nu a molarilor de minte pe arcada cu ectopia;
- D. prognosticul de creștere;**
- E. evidențiază existența unor complicații la nivelul dinților învecinați.

(pag. 126)

18 În ectopia de canin tratamentul preventiv trebuie să vizeze:

- A. depistarea și înlăturarea obstacolelor existente în calea erupției dentare;**
- B. tratamentul cariilor dinților temporari din zona de sprijin Korkhaus;**
- C. expansiunea sagitală;
- D. extracția dirijată sau de pilotaj;**
- E. asigurarea unor rapoarte ocluzo-articulare cât mai favorabile.

(pag. 127)

19 Următoarele afirmații cu privire la extracția dirijată sau de pilotaj, după Hotz, sunt false:

- A. este o metodă de tratament cu caracter preventiv;
 - B. este o metodă de tratament cu caracter curativ;**
 - C. se desfășoară în trei etape;**
 - D. urmărește reducerea fiecărei hemiarcade cu câte un premolar unu;
 - E. se desfășoară pe parcursul a 4-6ani.
- (pag. 127)

20 Tratamentul curativ în cazul ectopiei dentare are următoarele obiective:

- A. obținerea spațiului necesar alinierii prin expansiune transversală;**
- B. obținerea spațiului necesar alinierii prin expansiune sagitală;**
- C. îndepărtarea obstacolelor existente în calea erupției dentare;**
- D. extracția caninului ectopic;
- E. ancorarea și tracționarea dintelui ectopic pe arcadă.

(pag. 128-129)

*** 21 Principalul inconvenient fizionomic în ectopia vestibulară de canin este:**

- A. Ulceratia la nivelul mucoasei jugale
- B. Blocajul ocluzo-articular
- C. Prezența fibromucoasei dure
- D. Deformarea buzei în dreptul ectopiei**
- E. Fatetele de abrazi pe fața vestibulară a caninului

(pag. 125)

*** 22 În cadrul ectopiei dentare, forma cea mai frecvent întâlnită este:**

- A. Caninul superior în poziție palatinală
- B. Molarul 3 superior în poziție vestibulară
- C. Caninul superior în poziție vestibulară**
- D. Premolarul 2 inferior în poziție linguală
- E. Incisivul lateral superior în poziție vestibulară

(pag. 122)

Tema nr. 32

Diastema

Bibliografie asociată temei:

Ecaterina Ionescu - Anomaliile dentare, Editura Cartea Universitară, București, 2005.
pag. 133-142

*** 1 Diastema adevărată poate fi determinată de:**

- A. meziodens;
- B. dezvoltarea exagerată a frenului buzei superioare;**
- C. microdonția absolută;
- D. macroglosie;
- E. obiceiuri vicioase de interpoziție heterotropă între dinți.

(pag. 133)

*** 2 Diastema cu laturi paralele după Dewey este generată de :**

- A. anodonția incisivului lateral;
- B. un sept fibros interincisiv;
- C. un fren lat;**
- D. un fren lat cu inserție joasă;
- E. un fren lat cu inserție înaltă.

(pag. 134)

*** 3 Diastema cu aspect convergent după Dewey este generată de:**

- A. anodonția incisivului lateral;
- B. un fren lat cu inserție joasă;
- C. un fren lat cu inserție înaltă;**
- D. microdonție;
- E. un sept fibros interincisiv.

(pag. 135)

*** 4 Aspectul radiologic caracteristic pentru prezența unui sept fibros median ca o continuare a fibromucoasei abundente la nivelul osului profund în cazul diastemei este de:**

- A. imagine de fâșii radioopace paralele;
- B. imagine de fâșii radiotransparente paralele;**
- C. bandă radioopacă continuă;
- D. bandă radiotransparentă continuă;
- E. nu prezintă o imagine radiologică caracteristică.

(pag. 135)

* 5 Intervalul pentru care se poate aplica o ligatură în „8” în scopul prevenirii unei recidive după închiderea unei diasteme este de:

- A. 2-3 săptămâni;
- B. 4-5 săptămâni;
- C. 6-8 săptămâni;**
- D. o lună;
- E. 60 de zile.

(pag. 142)

6 Formele clinice de diastemă după Kalvelis sunt:

- A.** diastema primară;
- B. diastema fiziologică;
- C.** diastema secundară;
- D. diastema tranzitorie de erupție;
- E. diastema patologică.

(pag. 133)

7 Formele clinice de diastemă după Sava sunt:

- A. diastema primară;
- B. diastema fiziologică;
- C.** diastemă adevărată simplă;
- D.** diastemă adevărată asociată;
- E.** diastemă falsă.

(pag. 134)

8 Precizați care dintre următoarele afirmații despre diastemă sunt false:

- A. este o anomalie de poziție;
- B. este o anomalie de erupție;
- C.** poate fi cauzată de microdonție;
- D. este mai frecventă la arcada superioară;
- E.** poate apare la 4-5ani odată cu dezvoltarea arcadelor dentare.

(pag. 133)

9 Cauzele diastemei false după Kalvelis sunt:

- A.** anodonția incisivului lateral;
- B. dezvoltarea exagerată a frenului buzei superioare;
- C. sept fibros interincisiv;
- D.** meziodens;
- E. migrări dentare în bolile parodontale.

(pag. 133)

10 În etiologia diastemei vera NU regăsim:

- A.** anodonția de incisiv lateral,
- B. un fren al buzei superioare dezvoltat exagerat;
- C. un fren al buzei superioare cu inserție joasă;
- D. o transmitere ereditară de tip recesiv;
- E.** o transmitere autozomal dominantă.

(pag. 133-134)

11 Dintre formele clinice de anomalii dentare de număr diastema NU poate fi generată de:

- A. anodonția de incisiv central inferior;
- B. meziodens;
- C.** dinți supranumerari postpermanenți;
- D.** dinți supranumerari suplimentari;
- E. anodonția de incisiv lateral superior.

(pag. 135-136)

12 Diastema interincisivă poate provoca următoarele tulburări:

- A.** fizionomice;
- B. afectarea articulației temporo-mandibulare;
- C.** ocluzale minore;
- D.** fonatorii;
- E. ocluzale majore.

(pag. 137)

13 Situațiile în care poate să apară o diastemă divergentă către planul de ocluzie sunt următoarele:

- A.** există un fren lat cu inserție joasă;
- B. există un fren lat cu inserție înaltă;
- C. interincisiv există o fibromucoasă abundentă;
- D.** există un canin inclus în poziție relativ orizontală, presând către mezial apexurile incisivilor centrali, respectiv către distal coroanele acestor dinți;
- E. există un meziodens inclus.

(pag. 135-136)

14 La examenul arcadelor dento-alveolare în cazul prezenței diastemei se pot evidenția:

- A.** aspectul simetric sau asimetric al diastemei;
- B.** axele de implantare ale incisivilor;
- C. existența meziodenșilor incluși;
- D.** dimensiunea diastemei;
- E. microdonția.

(pag. 137)

15 Diagnosticul diferențial în cazul diastemei adevărate NU se face cu:

- A. diastemele fiziologice;
- B. diastema tranzitorie de erupție;
- C. dezvoltarea exagerată a frenului buzei superioare;**
- D. inserția joasă a frenului buzei superioare;**
- E. dizarmonia dento-alveolară cu spațiere.

(pag. 137-140)

16 Bifați afirmațiile adevărate referitoare la microdonția relativă:

- A. suma incisivă este mai mică de 28mm;
- B. dinții sunt mici și maxilarele normal dezvoltate;
- C. dinții sunt mici în raport cu aspectul facial;**
- D. dinții sunt normali, dar maxilarele sunt mai dezvoltate;**
- E. suma incisivă este mai mică decât 1/3 din diametrul bizigomatic osos.**

(pag. 139)

17 Diferențierea spațiilor apărute prin migrări dentare în bolile parodontale de diastema vera se poate face pe baza următoarelor simptome clinice:

- A. fenomenele de retracție parodontală;**
- B. hiperestezia și hipersensibilitatea dentinară;
- C. sângerarea gingivală;**
- D. dimensiunea mezio-distală a diastemei;
- E. mobilitatea dinților interesați.**

(pag. 140)

18 Recidiva după tratamentul unei diasteme poate fi cauzată de:

- A. inserarea foarte joasă a frenului labial;**
- B. asocierea diastemei cu prodenția grupului incisiv și rotația incisivilor;
- C. prezența unei papile hipertrofiate;**
- D. apozitia osoasă din zonele de tracțiune;
- E. sutura palatină dilatată în partea frontală, cu un sept fibros la nivelul ei.**

(pag. 140)

19 În timpul deplasărilor dentare efectuate în scopul închiderii unei diasteme pot să apară următoarele efecte secundare:

- A. rotația;**
- B. incongruența;
- C. intruzia;
- D. vestibularizarea;**
- E. palatinizarea.**

(pag. 141)

20 Bifați afirmațiile adevărate cu privire la recidiva după închiderea unei diasteme:

- A. pentru prevenirea ei se poate folosi o ligatură în „8”, din sârmă moale, purtată pe un interval de 6-8 săptămâni;**
- B. există contenție naturală;
- C. în diastema adevărată apare ca urmare a aproape absenței restructurării țesutului conjunctiv, care se comprimă, dar nu-și pierde elasticitatea;**
- D. la adulți poate fi necesară realizarea unei contenții artificiale permanente;**
- E. pentru prevenirea ei poate fi necesară o perioadă îndelungată de contenție.**

(pag. 141-143)

Tema nr. 33

Transpozitia dentara

Bibliografie asociata temei:

Ecaterina Ionescu - Anomaliile dentare, Editura Cartea Universitara, Bucuresti, 2005. pag. 149-154

*** 1 Raportul în care sunt afectate cele două sexe în cazul transpoziției dentare este:**

- A. 2/1 în favoarea sexului masculin;
- B. 3/1 în favoarea sexului feminin;
- C. nu există nici o diferență în ceea ce privește frecvența transpoziției între cele două sexe;
- D. 4/5 în favoarea sexului feminin;**
- E. 3/2 în favoarea sexului masculin.

(pag. 149)

*** 2 În transpoziția dentară, procentul de afectare al maxilarului superior este de:**

- A. 82,3%;
- B. 32,4%;
- C. 75,3%;
- D. 17,65%;
- E. 97,66%.**

(pag. 149)

*** 3 Cei doi dinți care-și schimbă invariabil locul la mandibulă sunt:**

- A. incisivul central cu incisivul lateral;
- B. incisivul central cu caninul;
- C. caninul cu incisivul lateral;**
- D. premolarul unu cu premolarul doi;
- E. caninul cu premolarul doi.

(pag. 149)

* 4 În cazul transpoziției dentare, o explicație etiopatogenică dovedită radiologic este:

- A. rizariza caninului temporar;
- B. cronologia erupției dentare;
- C. inversarea locului de formare a mugurilor intraosos;**
- D. inversarea rădăcinilor dinților implicați;
- E. inversarea coroanelor dinților implicați.

(pag. 151)

* 5 În transpoziția completă de canin cu premolarul unu, principala tulburare survenită este:

- A. fizionomică;
- B. fonatorie;
- C. ocluzală;**
- D. masticatorie;
- E. este asimptomatică.

(pag. 151)

6 Bifați afirmațiile adevărate referitoare la transpoziția dentară:

- A. este o anomalie dentară ce presupune inversarea locului de pe arcadă a doi dinți învecinați;**
- B. se întâlnește doar în dentiția permanentă;**
- C. poate afecta ambele dentiții;
- D. este o anomalie frecventă;
- E. dintele cel mai afectat este caninul superior.**

(pag. 149)

7 Precizați care dintre următoarele afirmații cu privire la frecvența transpozițiilor sunt false:

- A. anomalia este mai frecvent unilateral;
- B. anomalia este mai frecventă la mandibulă;**
- C. anomalia este mai frecventă la sexul masculin;**
- D. anomalia este mai frecventă pe partea stângă;
- E. caninul este dintele cel mai afectat de transpoziție.

(pag. 149-150)

8 Următoarele afirmații cu privire la transpoziție sunt reale:

- A. este o anomalie dentară de poziție;**
- B. este o anomalie dentară de erupție;**
- C. după școala germană aparține grupei anomaliilor dentare izolate;
- D. este o anomalie dento-alveolară;
- E. după școala franceză este o anomalie monocauzală.

(pag. 149)

9 Caracteristicile frecvenței transpozițiilor dentare sunt următoarele:

- A. este mai frecventă forma parțială;**
- B. este mai frecventă transpoziția radiculară decât cea coronară;
- C. majoritatea transpozițiilor sunt unilaterale;**
- D. cel mai afectat este sexul feminin;**
- E. cea mai afectată este partea stângă.**

(pag. 149-150)

10 Transpoziția de canin cu incisivul lateral apare în următoarele situații:

- A. se pierde caninul temporar înaintea erupției premolarului unu;
- B. se pierde caninul temporar înaintea erupției incisivului lateral permanent;**
- C. incisivului lateral permanent erupe în locul caninului temporar;**
- D. mugurele incisivului lateral este situat mai profund comparativ cu caninul;
- E. caninul permanent erupe între incivul lateral și central.**

(pag. 150)

11 Transpoziția de canin cu premolarul unu apare în următoarele situații:

- A. se pierde caninul temporar înaintea erupției premolarului unu;**
- B. se pierde caninul temporar înaintea erupției incisivului lateral permanent;
- C. premolarul unu erupe în breșa lăsată de pierderea precoce a caninului temporar, în virtutea tendinței de mezializare a dinților;**
- D. mugurele premolarului unu este situat mai profund comparativ cu caninul;
- E. caninul permanent erupe în locul molarului unu temporar.**

(pag. 151)

12 Factorii cu rol în producerea transpozițiilor sunt, cu excepția:

- A. profunzimea formării mugurelui incisivului lateral intraosos;**
- B. profunzimea formării mugurelui caninului intraosos;
- C. pierdere precoce a caninului temporar;
- D. poziția relativă a mugurilor incisivului lateral și premolarului unu;**
- E. cronologia erupției dentare.

(pag. 150)

13 Transpoziția de canin cu premolarul unu poate fi determinată de:

- A.** formarea inversată a mugurilor celor doi dinți implicați;
- B.** situarea mai profundă a mugurelui caninului permanent comparativ cu premolarul unu;
- C. situarea mai profundă a mugurelui premolarul unu comparativ cu caninului permanent;
- D. erupția caninului permanent înaintea premolarului unu;
- E.** pierderea precoce a caninului temporar.

(pag. 151-152)

14 Transpoziției de canin cu incisivul lateral poate fi determinată de:

- A.** situarea mai profundă a mugurelui caninului permanent comparativ cu incisivul lateral;
- B.** formarea inversată a mugurilor celor doi dinți implicați;
- C.** pierderea precoce a caninului temporar;
- D. situarea mai profundă a mugurelui premolarul unu comparativ cu incisivul lateral;
- E.** cronologia erupției dentare.

(pag. 151-152)

15 Tulburările fizionomice din transpoziția completă de canin superior cu incisivul lateral NU sunt generate de:

- A.** contactul prematur al caninului superior cu incisivul lateral inferior;
- B. morfologia diferită a caninului;
- C. caninul este un dinte mai voluminos decât incisivul lateral;
- D.** blocajul ocluzo-articular;
- E.** plasarea liniei normale a arcadei printre cei doi dinți implicați.

(pag. 152)

16 În transpoziții, examenul radiologic este necesar pentru:

- A.** stabilirea diagnosticului de transpoziție radiculară;
- B. stabilirea diagnosticului de transpoziție coronară;
- C.** stabilirea raportului reciproc al apexurilor celor doi dinți implicați;
- D. evidențierea complicațiilor mecanice determinate de dinții implicați asupra dinților vecini;
- E.** stabilirea planului de tratament.

(pag. 153-154)

17 Obiectivele terapeutice ale tratamentului transpoziției complete de canin cu incisivul lateral sunt:

- A. dirijarea celor doi dinți implicați spre ordinea normală de poziționare pe arcadă;
- B.** șlefuire modelantă a cuspidului caninului;
- C.** ameloplastia modelantă a caninului;
- D.** cosmetizarea prin adiție a incisivului lateral;
- E. cosmetizarea prin adiție a caninului.

(pag. 153)

18 Obiectivele terapeutice ale tratamentului transpoziției complete de canin cu premolarul unu sunt:

- A.** șlefuiți selectivi în ședințe repetate ale cuspidului palatinal al premolarului;
- B. șlefuiți selectivi în ședințe repetate ale cuspidului caninului;
- C. dirijarea celor doi dinți implicați spre ordinea normală de poziționare pe arcadă;
- D. ameloplastia modelantă a caninului;
- E.** tratamentul plăgii dentinare pentru desensibilizare.

(pag. 153-154)

19 Recomandările în cazul tratamentului transpozițiilor incomplete în care este implicat caninul sunt:

- A.** dirijarea celor doi dinți implicați spre ordinea normală de poziționare pe arcadă;
- B.** dirijarea celor doi dinți implicați în transpoziție completă;
- C. dacă unul dintre dinții implicați este situat pe linia arcadei, iar celălalt ectopic, se extrage dintele ectopic;
- D. cosmetizare prin adiție a caninului;
- E. stripping la nivelul celor doi dinți.

(pag. 153-154)

20 În etiopatogenia transpoziției dentare sunt incriminați următorii factori:

- A.** Poziția intraosoasă a germenilor dentari
- B.** Pierderea precoce a caninului de lapte
- C.** Cronologia dentară
- D. Eruptia precoce a dinților permanenți
- E. Factorii funcționali

(pag. 150)

21 Precizați care dintre afirmațiile cu privire la transpoziția completă sunt corecte:

- A. Cei doi dinți sunt situați unul în dreptul celuilalt, linia arcadei trecând printre ei
- B.** Inversarea totală a 2 dinți vecini și alinierea acestora în curbura normală a arcadei
- C.** Tulburări ocluzale de tipul contactelor premature generate de cuspidul palatinal al premolarului prezent pe locul caninului
- D.** Tulburări fizionomice datorate morfologiei diferite a caninului față de incisivul lateral
- E. Interesează numai coroanele sau radacinile dentare

(pag. 151-152)

22 În funcție de forma clinică de transpoziție, obiectivele terapeutice constau în:

- A.** În transpoziția completă de canin-premolar 1 se efectuează slefuirea selectivă în sedințe repetate a cuspidului palatinal al premolarului 1 dacă este proeminent și crează blocaje ocluzale
- B. În transpozițiile incomplete de canin-premolar 1 dinții implicați sunt dirijați spre ordinea normală
- C.** În transpoziția completă de canin-incisiv lateral se fac slefuiri modelante ale cuspidului caninului în sedințe succesive, ameloplastia modelantă a caninului și cosmetizarea prin aditiv a incisivului lateral
- D. În transpozițiile incomplete de canin-incisiv lateral se efectuează extracția incisivului lateral
- E. În transpoziția incompletă canin-incisiv lateral se efectuează slefuirea modelantă a marginii incizale a incisivului lateral

(pag. 153)

Tema nr. 34

Tratamentul cariei dentare

Bibliografie asociată temei:

A. Iliescu, M. Gafar - *Cariologie și odontoterapie restauratoare*, Editura Medicală, București, 2001. pag. 167-185, 294-333, 339-346

*** 1 Cavitățile de clasa a III-a se pregătesc la nivelul cariilor care evoluează pe suprafețele:**

- A. Proximale ale premolarilor;
- B.** Proximale ale caninilor;
- C. Proximale ale molarilor;
- D. Palatinale ale frontalilor superiori;
- E. Proximale ale frontalilor cu interesarea unghiului incizal.

(pag. 173)

*** 2 Tratamentul profilactic al cariei dentare se referă la:**

- A. Remineralizarea leziunilor incipiente;
- B. Sigilarea șanțurilor, fisurilor și fosetelor;
- C. Modificarea dietei;
- D. Folosirea fluorurilor;
- E.** Toate de mai sus.

(pag. 168)

*** 3 Stabilirea conturului marginal pentru cavitățile preparate în șanțuri, fose și fisuri, trebuie să respecte următoarele reguli:**

- A. Plasarea marginilor cavității până în țesuturi sănătoase;
- B. Extinderea marginilor cavității pentru a include toate fisurile ce nu se elimină prin ameloplastie;
- C. Extinderea marginilor să permită un acces suficient pentru prepararea cavității;
- D. Se evită plasarea marginilor pe eminente exagerate, cum ar fi pantele cuspidiene;
- E.** Toate de mai sus.

(pag. 176)

*** 4 Viteza difuziunii rășinii adezive într-un substrat depinde de:**

- A. Masa moleculară;
- B. Concentrație;
- C. Vâscozitate;
- D. Temperatură;
- E.** Toate acestea.

(pag. 330)

*** 5 Indicațiile lacurilor dentare (varnish-urilor) sunt:**

- A.** Sigilarea canaliculelor dentinare înaintea obturațiilor cu amalgam;
- B. Sub coafajele indirecte;
- C. Sub obturațiile cu compozite;
- D. Sub linerii sau bazele cu efect terapeutic pulpodentinar;
- E. Sub obturațiile din rășini acrilice.

(pag. 295)

6 Principiile fundamentale implicate în obținerea formei de rezistență sunt următoarele:

- A.** Cavități cu bază plană;
- B.** Reducerea extensiei pereților cavității;
- C. Pereți laterali subțiați;
- D. Cavități cu bază concavă;
- E.** Să asigure grosime materialului restaurativ.

(pag. 177)

7 Considerații privind finisarea pereților și marginilor de smalț:

- A.** Direcția prismelor de smalț;
- B.** Localizarea marginilor;
- C.** Gradul de finisare dorit;
- D.** Tipul materialului restaurator utilizat;
- E.** Tipul materialului obturației de bază.

(pag. 180)

8 În cavitățile de adâncime medie cu dentină de aspect normal obturația de bază se poate face cu:

- A.** Ciment fosfat de zinc;
- B.** Ciment policarboxilat;
- C.** Ciment timolat;
- D.** Argyrol;
- E.** Eugenat de zinc.

(pag. 301)

9 Proprietățile cimentului fosfat de zinc sunt:

- A.** Rezistență mecanică mare;
- B.** Excelentă izolare termică;
- C.** Ph alcalin;
- D.** Aderență la plaga dentinară prin adeziune chimică;
- E.** Aderență la plaga dentinară prin retenție micromecanică.

(pag. 303-304)

10 Avantajele CIS cu mecanism dublu de priză comparativ cu cele convenționale, sunt:

- A.** Priză mai rapidă;
- B.** Aciditate mai mare;
- C.** Rezistență mai mare la compresiune;
- D.** Friabilitate mare;
- E.** Creșterea mai rapidă a Ph-ului.

(pag. 312)

11 Compozitele fluide se caracterizează prin:

- A.** Manipulare ușoară;
- B.** Rezistență mai mică la compresiune;
- C.** Rezistență mai mică la abraziune;
- D.** Rezistență mai mare la fracturare;
- E.** Creșterea conținutului de umplutură.

(pag. 313)

12 Viteza de difuziune a rășinii adezive într-un substrat depinde de:

- A.** Masa moleculară;
- B.** Temperatura;
- C.** Vâscozitate;
- D.** Timpul de acțiune;
- E.** Afinitatea pentru substrat.

(pag. 330)

13 Forma de conveniență a cavității este cea sculptură sau formare a cavității care va permite:

- A.** O observare adecvată;
- B.** Accesibilitate bună;
- C.** Operare ușoară în prepararea cavității;
- D.** Operare ușoară în restaurarea cavității;
- E.** Eliminarea țesuturilor dure alterate.

(pag. 178)

14 Calitățile materialului ideal de cofaj indirect sunt:

- A.** Biocompatibilitate pulpodentinară;
- B.** Sigilarea canaliculelor dentinare;
- C.** Stimularea neodentinogenezei;
- D.** Radiotransparență;
- E.** Să coloreze dentina infectată.

(pag. 314)

15 Avantajele linerilor cu ionomeri de sticlă sunt:

- A.** Biocompatibilitate;
- B.** Adezivitate la dentină;
- C.** Efect cariostatic;
- D.** Reducerea microinfiltrației marginale sub obturațiile cu amalgam de argint;
- E.** Rezistență inferioară la compresiune masticatorie.

(pag. 299)

16 În cofajul direct, mai eficientă decât hemostaza prin tamponare cu bulete de vată sterilă ar fi utilizarea unor lavaje cu:

- A.** NaOCl 5% timp de 2 minute;
- B.** Ser fiziologic;
- C.** Xilină 2% cu epinefrină 1/100.000;
- D.** Trombină diluată;
- E.** Trombină concentrată.

(pag. 325)

17 În condițiile acțiunii insuficiente a primerului, o rețea de collagen odată colabată nu-și va relua permeabilitatea inițială, având drept consecință:

- A.** Insuficienta infiltrare a rășinii adezive;
- B. Infiltrarea cu rășină doar a stratului superficial de dentină demineralizată;
- C.** Infiltrarea cu rășină doar a stratului profund de dentină demineralizată;
- D. Nehibridizarea plăgii dentinare;
- E. Uscarea dentinei.

(pag. 331)

18 Regulile generale ale unei hibridizări optime sunt:

- A.** Utilizarea preferențială a tehnicilor adezive care îndepărtează DDR în 3 etape distincte;
- B.** Aplicarea primerului prin frecare timp de 15 secunde;
- C. Sistemele adezive de primeri cu acetonă sunt eficiente doar pe dentina uscată;
- D.** Aplicarea repetată pe dentină a combinației primer- adeziv la sistemele monocomponente;
- E.** Aplicarea rășinii adezive într-un strat suficient de gros.

(pag. 346)

19 Avantajele preparărilor multiple de cavități la un pacient, într-o singură ședință, sunt:

- A.** Scad numărul vizitelor la cabinet;
- B.** Au un efect bun psihologic asupra pacientului;
- C.** Crește eficiența stomatologului;
- D. Se utilizează un număr mare de instrumente;
- E. Scade vizibilitatea intraoperator.

(pag. 184)

20 Stabilirea conturului marginal în cazul preparării cavităților pe suprafețele netede respectă următoarele reguli:

- A.** Extinderea marginilor cavității până în țesuturile sănătoase;
- B. Marginile cavității se vor plasa pe pantele cuspidiene;
- C. Marginile cavității se vor plasa pe crestele de smalț;
- D.** În cazul preparării cavității de clasa a III-a se acceptă localizarea marginii incizale în zona punctului de contact interdental;
- E.** Extinderea marginilor pentru a permite un acces suficient manoperelor adecvate.

(pag. 176)

*** 21 Cavitatile de clasa a II-a rezulta in urma tratamentului cariilor care evolueaza pe:**

- A. Suprafetele proximale ale caninilor
- B. Suprafetele palatinale ale frontalilor superiori
- C.** Suprafetele proximale ale molarilor si premolarilor
- D. Varfurile cuspizilor molarilor si premolarilor
- E. Zona de colet a molarilor si premolarilor

(pag. 173)

22 Avantajele linerilor cu hidroxid de calciu sunt:

- A.** Alcalinitate crescuta
- B. Alcalinitate scazuta
- C.** Efect bacteriostatic
- D.** Stimuleaza indirect depunerea de dentina secundara
- E. Descompunerea in cursul gravarii acide

(pag. 297)

23 Particularitatile hibridizarii dentinei umede sunt:

- A. Marja foarte mare de toleranta tehnica
- B. Primerii aposi sunt influentati de gradul de umiditate al dentinei
- C.** Dificultatea determinarii cu precizie a gradului de umiditate ce trebuie mentinut dupa gravarea acida
- D.** Matricea dentinara demineralizata nu trebuie mentinuta prea umeda dar nici uscata prea mult timp
- E.** Primerii cu acetona sunt mult mai sensibili la variatiile continutului hidric al plagii dentinare

(pag. 343)

Tema nr. 35

Etiopatogenia cariei dentare

Bibliografie asociata temei:

A. Iliescu, M. Gafar - Cariologie si odontoterapie restauratoare, Editura Medicala, Bucuresti, 2001. pag. 31-57

*** 1 Schimburile ionice dintre smalț și mediul bucal:**

- A.** Scad o dată cu vârsta;
- B. Cresc o dată cu vârsta;
- C. Nu sunt influențate de vârstă;
- D. Nu au importanță în etiopatogenia cariei dentare;
- E. Nu implică modificări ale carioactivității.

(pag. 35)

*** 2 Care dintre următoarele teorii face parte din grupul teoriilor mecanismelor externe:**

- A. Teoria organotropă;
- B. Teoria enzimatică;
- C. Teoria biochimică;
- D. Teoria proteolitică;**
- E. Teoria reflexă.

(pag. 69)

*** 3 Se semnalează apariția de carii cu aspect exploziv în următoarele situații:**

- A. Se semnalează apariția de carii cu aspect exploziv în următoarele situații:**
- B. Tratament de scurtă durată cu antiaritmice;
- C. Pacienți tineri;
- D. Tratament de scurtă durată cu antihistaminice;
- E. Tratament de scurtă durată cu antiemetice.

(pag. 77)

*** 4 Cel mai important hidrocarbonat alimentar este:**

- A. Glucoza;
- B. Maltoză;
- C. Fructoză;
- D. Amidon;**
- E. Maltotrioza.

(pag. 47)

*** 5 Carența în vitamina D:**

- A. Duce la structurarea unui smalț hipoplazic;**
- B. Duce la structurarea unui smalț hiperplazic;
- C. Nu interferă cu mineralizarea smalțului;
- D. Influențează structura dentinei;
- E. Influențează structura cementului.

(pag. 34)

6 Funcțiile salivei sunt:

- A. Reglarea pH-ului bucal;**
- B. Menținerea echilibrului ecologic bucal;**
- C. Clearance;**
- D. Digestivă;**
- E. Scăderea percepției gustative.

(pag. 35)

7 Concentrația fosfaților salivari este influențată de:

- A. Sursa secreției salivare;**
- B. Ritmul secreției salivare;**
- C. Ph-ul salivar;**
- D. Influențe hormonale;**
- E. Cantitatea de alimente bogate în calciu.

(pag. 38)

8 Placa bacteriană se dezvoltă cu precădere:

- A. În șanțurile și fosetele ocluzale;**
- B. Pe obturații;**
- C. Pe coroane artificiale;**
- D. Pe implante dentare;**
- E. Pe fața vestibulară a frontalilor inferiori.

(pag. 52)

9 Grăsimile acționează prin mai multe mecanisme cariostatice, cum ar fi:

- A. Substituirea glucidelor din alimentație;**
- B. Substituirea proteinelor din alimentație;
- C. Formarea unei bariere protectoare pentru smalț;**
- D. Modificarea proprietăților de membrană ale bacteriilor plăcii;**
- E. Efectul antimicrobian al anumitor acizi grași care inhibă glicoliza în placa bacteriană.**

(pag. 50)

10 Rolul cariopreventiv al lichidului bucal:

- A. Diluarea acizilor organici produși în placa bacteriană;**
- B. Inhibarea metabolismului bacterian;**
- C. Inhibarea adeziunii microbiene;**
- D. Remineralizarea cariilor incipiente;**
- E. Tamponarea pH-ului alcalin.

(pag. 51)

11 În cazul fluorului clearance-ul are anumite aspecte particulare:

- A. Păstrarea unui nivel de bază minimal în salivă;**
- B. Revenirea mai lentă la nivelul de bază comparativ cu alte substanțe;**
- C. Restabilirea nivelului fluorului ionic;**
- D. Creșterea nivelului fluorului salivar;**
- E. Scăderea nivelului fluorului din smalț.

(pag. 39)

12 Capacitatea de tamponare a lichidului bucal depinde de:

- A. Variațiile pH-ului atins;**
- B. Alimentație;
- C. Ritmul secreției salivare;**
- D. Administrarea contraceptivelor orale;**
- E. Gravitate.**

(pag. 40)

13 Prelungirea timpului de clearance în cazul hidrocarbonatelor poate fi cauzată de:

- A.** Ritmul scăzut al secreției salivare;
- B. Periajul imediat după mese;
- C.** Vâscozitatea crescută a salivei;
- D.** Factori retentivi bucali;
- E. Consumul de fructe.

(pag. 46)

14 Grupe de populație în care alimentația crește riscul la carie:

- A.** Obezii;
- B.** Bolnavii cronici;
- C.** Bolnavii psihici;
- D. Adolescenții;
- E. Bolnavii renali.

(pag. 49)

15 Rata de formare și localizarea plăcii bacteriene variază fiind influențată de:

- A.** Regimul alimentar;
- B.** Salivă;
- C. Sex;
- D.** Afecțiuni generale;
- E.** Igiena bucală.

(pag. 52)

16 Fac parte din microsistemul microbial al plăcii bacteriene și au un rol potențial în apariția cariei dentare:

- A.** Lactobacilii;
- B.** Streptococul mutans;
- C.** Leptotrichia;
- D. Candida albicans;
- E. Pneumococcus.

(pag. 56-57)

17 Dintre îndulcitorii calorici menționăm:

- A.** Sorbitolul;
- B. Zaharina;
- C.** Xilitolul;
- D.** Lycasinul;
- E. Ciclamatul.

(pag. 51)

18 Îndulcitorii necalorici sunt:

- A. Sorbitolul;
- B.** Aspartanul;
- C.** Zaharina;
- D.** Ciclamatul;
- E. Xilitolul.

(pag. 51)

19 Aderența microbiană:

- A.** Presupune mecanisme fizico-chimice;
- B.** Este influențată de interacțiunea dintre suprafața celulei bacteriene și suprafața colonizată;
- C.** Este influențată de salivă;
- D. Este influențată de alimentație;
- E. Este influențată de igiena orală.

(pag. 54)

20 Dintre constituenții plăcii bacteriene enumerăm:

- A. Celulele gliale;
- B.** Leucocitele;
- C.** Eritrocitele;
- D.** Protozoarele;
- E.** Particule alimentare.

(pag. 55)

*** 21 Condiția pe care trebuie să o îndeplinească un microorganism pentru a avea rol în inițierea și progresiunea procesului carios este:**

- A. Cultura pură de microorganisme nu trebuie să fie capabilă să producă leziuni carioase atunci când este inoculată în cavitatea bucală
- B. Cultura pură de microorganisme nu trebuie să fie capabilă să producă leziuni carioase atunci când este inoculată în dinte
- C.** Agentul microbial ar trebui să reziste mediului acid produs în leziunea carioasă
- D. Agentul cauzal trebuie să fie prezent pe suprafețele dintelui ce nu prezintă demineralizări caracteristice procesului carios
- E. Agentul microbial trebuie să aparțină speciei care produce cel mai puțin acid în cavitatea bucală

(pag. 56)

22 Urmatoarele oligoelemente induc modificări în morfologia coroanelor dentare prin rotunjirea varfurilor cuspizilor, lărgirea și reducerea santurilor ocluzale:

- A.** Borul
- B. Seleniul
- C.** Fluorul
- D. Vanadiul
- E.** Molibdenul

(pag. 33)

23 Lichidul bucal are rol cariopreventiv prin:

- A.** Scurtarea timpului de clearance salivar al alimentelor fermentabile
 - B.** Tamponarea aciditatii bucale prin sistemele tampon salivare
 - C. Concentrarea acizilor organici produși în placa bacteriană
 - D. Stimularea metabolismului bacterian
 - E.** Inhibarea adeziunii microbiene
- (pag. 43)

Tema nr. 36

Formele anatomo-clinice ale pulpitelor dinților permanenți

Bibliografie asociată temei:

M. Gafara, A. Iliescu - Endodontia clinica si practica, Editia a II-a, Editura, Bucuresti, 2001. pag. 68-93

*** 1 Hiperemia preinflamatorie – diagnosticul diferențial se face cu :**

- A. Necroza pulpară;
 - B. Granulomul intern Palazzi;
 - C. Pulpita cronică deschisă ulceroasă;
 - D.** Pulpitele acute coronare;
 - E. Pulpita cronică deschisă polipoasă.
- (pag. 71)

*** 2 Diagnosticul diferențial al pulpitei acute purulente parțiale se face cu:**

- A. Caria simplă;
 - B. Gangrena pulpară;
 - C. Parodontita apicală acută seroasă;
 - D.** Pulpita seroasă coronară;
 - E. Hiperemia periinflamatorie.
- (pag. 79)

*** 3 Diagnosticul pozitiv al pulpitei seroase totale se stabilește pe:**

- A. Teste de vitalitate negative;
 - B. Durerea cu caracter pulsatil;
 - C.** Durere intensă și continuă;
 - D. Percuție în ax negativă ;
 - E. Halenă fetidă.
- (pag. 76)

*** 4 În pulpita acută seroasă parțială examenul clinic pune în evidență:**

- A.** Dinte cu carie profundă, cu depozite bogate în dentina alterată;
 - B. Dinte cu colorație anormală;
 - C. Percuție în ax dureroasă;
 - D. Testele de vitalitate au un răspuns intens negativ;
 - E. Percuția transversală dureroasă.
- (pag. 73)

*** 5 Modificări morfologice ce apar în hiperemia preinflamatorie:**

- A.** Vase sangvine dilatate, cu pereții subțiri;
 - B. Mitocondrii mici și rotunjite;
 - C. Vase sangvine dilatate, cu pereții îngroșați;
 - D. Degenerescențe celulare, în special odontoblaste;
 - E. Fibroblaști cu volum micșorat.
- (pag. 70)

6 Factori incriminați în apariția hiperemiei preinflamatorii:

- A.** Traumatismele din cursul pregătirii cavităților;
 - B.** Exotoxinele bacteriene;
 - C.** Traumatismele din cursul șlefuirii bonturilor;
 - D. Substanțele medicamentoase utilizate pentru tratamentul leziunilor de mucoasă;
 - E.** Excitațiile termice transmise prin obturațiile metalice.
- (pag. 70)

7 Tratamentul hiperemiei periinflamatorii poate fi:

- A.** Tratamentul cariei simple și coafaj indirect;
 - B.** Tratamentul cariei simple și coafaj direct în dublu timp cu deschiderea accidentală a camerei pulpare;
 - C.** Amputație vitală;
 - D.** Extirpare vitală;
 - E. Amputație devitală.
- (pag. 12)

8 Semne clinice subiective în pulpita acută seroasă totală :

- A.** Crize dureroase violente, insuportabile;
 - B. Durere cu caracter pulsatil;
 - C.** Iradierea durerii;
 - D.** Reducerea durerii cu ajutorul analgezicelor, dar fără dispariție completă;
 - E. Proces carios profund.
- (pag. 76)

9 Tratamentul pulpitei purulente totale poate fi:

- A.** Aplicații cu ozon;
- B.** Diatermie;
- C. Coafaj indirect;
- D.** Extirparea vitală cu tratament medicamentos – metoda aseptico-antiseptica;
- E.** Antibiotice endodontal.

(pag. 80)

10 Care dintre următoarele afecțiuni pulpare poate fi reversibilă:

- A.** Pulpita seroasă parțială;
- B. Pulpita purulentă totală;
- C.** Hiperemia periinflamatorie;
- D. Pulpita seroasă totală;
- E. Pulpita purulentă parțială.

(pag. 71-74)

11 Pulpita cronică închisă hiperplazică evoluează și se complică cu:

- A.** Fractură dentară;
- B. Pulpită seroasă totală;
- C. Parodontită apicală cronică;
- D. Pulpită seroasă parțială;
- E.** Necroză pulpară.

(pag. 93)

12 Pulpita cronică deschisă polipoasă evoluează spre:

- A.** Fractură coronară;
- B.** Pulpită acută seroasă;
- C. Pulpită cronică deschisă granulomatoasă;
- D.** Pulpită acută purulentă;
- E.** Gangrenă pulpară.

(pag. 87)

13 Formele clinice de pulpite cronice deschise sunt:

- A. Scleroatrofică;
- B. Hiperplazică;
- C.** Ulceroasă;
- D.** Polipoasă;
- E. Propriu-zisă.

(pag. 80)

14 Diagnosticul diferențial al pulpitei cronice închise hiperplazice se face cu:

- A.** Necroza pulpară;
- B. Pulpita cronică deschisă ulceroasă;
- C.** Pulpita conică închisă propriu-zisă;
- D. Gangrena pulpară;
- E. Pulpita acută purulentă totală.

(pag. 92)

15 Semne clinice obiective în pulpita cronică deschisă:

- A.** Prezența unei carii cu evoluție îndelungată;
- B.** Prezența sângerării la masticăție;
- C. Raspuns pozitiv la testele de vitalitate
- D.** Jenă dureroasă la presiunea alimentelor în cavitatea ulceroasă;
- E.** Palparea cu sonda evidențiază baza de inserție a polipului în camera pulpară.

(pag. 85)

16 Diagnosticul pozitiv al pulpitei purulente parțiale se pune pe:

- A.** Caracterul pulsatil al durerii;
- B.** Durere localizată;
- C.** Prezența picăturilor de puroi la deschiderea camerei pulpare;
- D. Exacerbarea la rece, diminuarea la cald;
- E.** Probele de vitalitate dau răspunsuri pozitive, la intensități mai mari decât în mod obișnuit.

(pag. 79)

17 Caracterul durerii în pulpita seroasă parțială este:

- A. Vie, iradiată;
- B.** Vie, localizată;
- C. Dispare după îndepărtarea stimulului;
- D.** Ține câteva minute;
- E.** Ține câteva ore.

(pag. 73)

18 Diagnosticul diferențial al pulpitei acute seroase totale se face cu:

- A.** Pulpita acută seroasă parțială;
- B.** Pulpita purulentă totală;
- C. Nevralgia esențială de trigemen;
- D.** Parodontita apicală acută seroasă;
- E. Parodontita apicală acută purulentă.

(pag. 79)

19 Indicații de tratament în pulpita seroasă parțială:

- A. Coafaj indirect;
- B. Coafaj indirect în dublu timp;
- C.** Amputație vitală;
- D. Extracția dentară;
- E.** Extirparea vitală.

(pag. 74)

20 Modificările morfologice în hiperemia periinflamatorie:

- A. Micșorarea volumului odontoblastelor
- B.** Mărirea volumului odontoblastelor și fibroblastelor
- C.** Marginație leucocitară
- D.** Prezența indivizilor microbieni în pulpă
- E. Scăderea activității metabolice celulare.

(pag. 70)

21 Semnele clinice subiective în pulpita acută purulentă parțială sunt:

- A.** Durerea este la început localizată și apoi iradiată
- B.** Durerea are caracter pulsativ
- C. Prezența unei carii profunde cu dentina ramolită
- D. Evacuarea unei cantități mici de puroi sub forma unei picături la deschiderea camerei pulpare
- E.** Durerea apare în crize spontane mai ales noaptea

(pag. 78-79)

22 În pulpita cronică deschisă granulomatoasă, examenul microscopic al unei secțiuni axiale din pulpa pune în evidență următoarele modificări structurale:

- A. Prezența în stratul superficial a țesutului de granulație de aspect ulceros
- B.** Prezența unui epiteliu pavimentos la suprafața formațiunii granulomatoase
- C.** Prezența în al 2-lea strat a unui infiltrat inflamator paucicelular
- D. Prezența în al 2-lea strat a fibrelor nervoase și conjunctive
- E.** Prezența în stratul al 3-lea a unor fibre conjunctive interesate într-o rețea densă

(pag. 86)

23 Diagnosticul diferențial în pulpita cronică deschisă polipoasă se face cu:

- A. Gangrena pulpară
- B.** Necroza pulpară
- C. Pulpita purulentă totală
- D.** Polipul gingival
- E. Pulpita cronică închisă propriu-zisă

(pag. 87)

Tema nr. 37

Necroza și gangrena pulpară

Bibliografie asociată temei:

M. Gafara, A. Iliescu - Endodontia clinică și practică, Ediția a II-a, Editura, București, 2001. pag. 94-102

*** 1 Factorii cauzali cu acțiune favorizantă în necroza pulpară sunt:**

- A. traumatisme cu intensitate redusă dar repetate
- B. luxații, intruzii
- C.** diabet, hipertensiune arterială
- D. temperaturi mai mari de 75 grade C
- E. temperaturi sub 0 grade C

(pag. 98)

*** 2 Simptomatologia necrozei pulpare cuprinde următoarele:**

- A. dinte cu transparență mai mare decât a dinților vecini
- B. durere la excitanți termici
- C. durere la excitanți chimici
- D.** dinte cu colorație modificată, brună sau galben-cenusiu
- E. durere la percuție în axul dintelui

(pag. 98)

*** 3 În gangrena pulpară simplă, examenul clinic relevă:**

- A. însămânțarea pe medii de cultură a conținutului canalului radicular relevă absența florei bacteriene
- B. de obicei proces carios cu camera pulpară închisă
- C. prezența unei radiotransparențe la nivel periapical
- D.** teste de vitalitate negative
- E. la sondarea canalelor cu ace Miller apare durere

(pag. 101)

*** 4 Între formele de gangrenă nu figurează:**

- A. gangrena umedă
- B. gangrena uscată
- C. gangrena parțială
- D. gangrena totală
- E.** gangrena de colicvație

(pag. 101)

* 5 Dintre examenele complementare in gangrene pulpara simpla nu ne ajuta:

- A. teste de vitalitate
- B. forajul explorator
- C. radiografia**
- D. diafanoscopia
- E. transiluminarea cu fibra optica

(pag. 101)

6 Dintre factorii chimico-toxici care pot produce necroza pulpara se numara:

- A. formolul**
- B. fenolul**
- C. trioximetilenul**
- D. clorhexidina
- E. arsenicul**

(pag. 96)

7 Printre formele anatomo-clinice ale gangrenei pulpare se numara:

- A. uscata**
- B. umeda**
- C. simpla**
- D. complicata**
- E. hiperemica

(pag. 101)

8 Diagnosticul diferential al gangrenei pulpare simple se face cu:

- A. hiperemia pulpara
- B. caria secundara recidiva
- C. parodontita apicala cronica**
- D. pulpita cronica**
- E. necroza pulpara**

(pag. 102)

9 Simptomatologia gangrenei pulpare cuprinde:

- A. modificari de culoare a dintelui**
- B. pierdere marcata de subsanta dentara**
- C. durere la percutie transversala a dintelui
- D. sensibilitate la palparea cu sonda a canalelor radiculare
- E. examen bacteriologic pozitiv**

(pag. 101)

10 Simptomatologia necrozei pulpare cuprinde:

- A. probe de vitalitate tehnice pozitive
- B. probe de vitalitate electrice pozitive
- C. transparenta la diafanoscopie
- D. pierderea transparentei dintelui si a coloratiei obisnuite la transiluminare cu fibra optica**
- E. foraj explorator negative**

(pag. 98)

11 Necroza de coagulare este provocata de:

- A. arsenic**
- B. clorura de Zn
- C. trioximetilen**
- D. fenol**
- E. tricrezolformalina**

(pag. 98)

12 Semnele de gangrena simpla sunt:

- A. teste de vitalitate negative**
- B. lipsa sangerarii si sensibilitatii pe canal**
- C. camera pulpara inchisa
- D. dinte modificat de culoare**
- E. modificari periapicale pe radiografie

(pag. 101)

13 Gangrena uscata:

- A. succede unei pulpite cronice deschise ulcerose
- B. succede unui traumatism**
- C. succede actiunii unui agent chimic**
- D. pereti dentinari alterati profund
- E. extirparea usoara a resturilor**

(pag. 100)

14 Diagnostic diferential in necroza pulpara se face cu:

- A. gangrena pulpara simpla**
- B. pulpita cronica deschisa**
- C. pulpita cronica inchisa**
- D. fractura dentara
- E. parodontita apicala cronica**

(pag. 98)

15 Evolutia si complicatiile gangrenei pulpare pot fi spre:

- A. parodontita apicala**
- B. necroza pulpara
- C. fractura coronara**
- D. boala de focar**
- E. fractura corono-radiculara**

(pag. 102)

16 Evolutia necrozei pulpare se poate face spre:

- A.** fractura dentara
- B.** infectarea pulpei necrozate
- C. parodontita apicala acuta
- D. parodontita apicala cronica
- E. pulpita cronica inchisa

(pag. 99)

17 Necroza de coagulare se caracterizeaza prin:

- A.** pulpa uscata
- B.** pulpa de culoare galben-brun
- C. consistenta pulpara este redusa
- D. extirparea se realizeaza in microfragmente
- E.** apare adesea dupa arsenic

(pag. 98)

18 Gangrena pulpara constituie un factor de infectie pentru restul organismului determinand:

- A.** glomerulonefrita
- B.** endocardite
- C.** afectiuni reumatismale
- D. diabet zaharat
- E. diabet insipid

(pag. 102)

19 Cauzele necrozei pulpare pot fi:

- A.** sectionarea vaselor pulpare la nivelul apexului
- B.** smulgerea vaselor la nivelul apexului
- C. penetrarea bacteriilor prin apexul dentar
- D.** dilacerarea tesutului pulpar cu eliberarea de amine toxice
- E.** compresia vaselor la nivelul apexului

(pag. 96)

20 Necroza pulpara:

- A. se trateaza ca pulpita cronica inchisa
- B. extirparea devitala este de electie
- C.** respecta tratamentul mecano-chimic finalizat cu obturatie radiculara corecta
- D. nu necesita etape de tratament antiseptic, fiind o mortificare aseptica
- E.** se trateaza ca o gangrena pulpara

(pag. 99)

*** 21 Enzimele vegetale ce produc necroza de colicvatie sunt:**

- A. Pepsina
- B. Tripsina
- C. Antiformina
- D.** Papaina
- E. Formina

(pag. 98)

22 Necroza pulpara se poate instala in urmatoarele boli generale ce modifica calitatea peretilor vaselor prin marirea sau micsorarea permeabilitatii acestora:

- A.** Avitamineze
- B.** Diabet
- C. Maladia Reynaud
- D. Viroze
- E.** Arterite

(pag. 94)

23 Mortificarea pulpara poate evolua spre:

- A.** Fractura dentara
- B.** Infectarea pulpei necrozate cu germeni bacterieni
- C. Pulpita cronica deschisa polipoasa
- D. Pulpita cronica inchisa propriu-zisa
- E. Boala de focar

(pag. 99)

Tema nr. 38

Parodontitele marginale acute si cronice

Bibliografie asociata temei:

M. Gafara, A. Iliescu - Endodontia clinica si practica, Editia a II-a, Editura, Bucuresti, 2001. pag. 103-125

*** 1 Parodontita apicală hiperemică apărută ca urmare a necrozei pulpare prin agenți infecțioși se caracterizează prin:**

- A. la presiunea dintelui în alveolă pacientul simte o accentuare a durerii din cauza compresiei pe vasele periodontale;
- B. dintele nu este sensibil la percuția în ax;
- C.** dintele prezintă o sensibilitate mare la atingere și senzația de agresiune din cauza edemului inflamator extins;
- D. dintele prezintă o sensibilitate moderată la atingere și senzația de egresiune;
- E. dintele este mult mai dureros decât în cazul formelor iritativ-mecanice.

(pag. 106)

*** 2 Diagnosticul diferențial în cazul parodontitei apicale hiperemice se face cu:**

- A. pulpita cronică deschisă;
 - B. pulpita cronică închisă;
 - C. hiperemia preinflamatorie;
 - D. pulpita acută purulentă totală;**
 - E. gangrena pulpară simplă
- (pag. 107)

*** 3 Subiectiv, parodontita apicală acută seroasă se manifestă prin:**

- A. congestia mucoasei în dreptul rădăcinii dintelui respectiv;
 - B. durere la palpare cu degetul pe mucoasa vestibulară;
 - C. adenopatie regională;
 - D. durere lancinantă, permanentă, exacerbată de creștere fluxului sangvin;**
 - E. durere localizată la nivelul dintelui respectiv
- (pag. 108)

*** 4 Diagnosticul pozitiv în parodontita apicală acută purulentă se pune pe următoarele semne:**

- A. teste de vitalitate pozitive la nivelul dintelui cauzal;
 - B. examenul radiologic ce prezintă imaginea caracteristică, conturată.
 - C. durere la atingerea dintelui, mobilitate dentară, fistulizare cu eliminare de puroi.**
 - D. simptomatologie de pulpită, durere la agenți termici (mai ales rece);
 - E. simptome subiective și obiective nesemnificative, imagine radiologică concludentă
- (pag. 112)

*** 5 Diagnosticul diferențial în parodontita apicală acută purulentă se face cu:**

- A. pulpitele acute;
 - B. pulpitele cronice;
 - C. nevralgia de trigemen;
 - D. osteomieliita maxilară;**
 - E. granulomul simplu conjunctiv.
- (pag. 113)

6 Parodontita apicală acută hiperemică iritativ mecanică se caracterizează prin:

- A. durerea are un caracter acut, permanent, localizată sau iradiată;**
 - B. este produsă de corpi străini ce au pătruns în parodonțiul marginal (ace rupte, obturații de canal cu depășire);
 - C. durerea cedează foarte ușor la tratamentul cu antiinflamatoare.
 - D. durerea cedează foarte greu la tratamentul cu antiinflamatoare sau agenți fizici;**
 - E. poate fi provocată de traumatisme directe în cursul tratamentului mecanic de canal**
- (pag. 106)

7 Subiectiv, în parodontita apicală acută seroasă, apare;

- A. durere cu caracter asendent, de la simplă jenă la dureri insuportabile;**
 - B. durere brutală de la început, iradiată în regiunile învecinate;**
 - C. simptomatologie ștearsă, aproape inexistentă;
 - D. adenopatie regională, ganglioni indurați și măriți de volum;
 - E. durerea este exacerbată de creștere fluxului sangvin în extremitatea cefalică**
- (pag. 108)

8 Diagnosticul diferențial în parodontita apicală acută seroasă se face cu:

- A. pulpitele acute,**
 - B. pulpitele cronice;
 - C. nevralgiile de trigemen;**
 - D. parodontita apicală acută supurată;**
 - E. gangrena simplă
- (pag. 109)

9 Evoluția parodontitei apicale acute seroase se poate face spre:

- A. cronicizare;**
 - B. parodontită apicală acută purulentă,**
 - C. pulpită acută purulentă;
 - D. vindecare completă sub tratament cu antibiotice și antiinflamatoare;
 - E. pulpită acută seroasă
- (pag. 109)

10 În raport cu structura osului și poziția dintelui pe arcadă, evoluția procesului supurativ în parodontita apicală acută purulentă se poate face spre:

- A.** vestibular, pentru frontalii superiori;
- B.** palatinal, pentru rădăcinile palatinale ale molarilor superiori;
- C. palatinal, pentru caninii și incisivii laterali superiori;
- D. tegumente, cu apariția de fistule, mai frecvent în cazul dinților superiori;
- E.** tegumente, cu apariția de fistule, mai frecvent în cazul dinților inferiori

(pag. 110)

11 Următoarele afirmații sunt adevărate:

- A.** parodontita apicală acută purulentă îmbracă trei stadii în evoluția sa;
- B.** stadiul endoosos se caracterizează prin dureri iradiate în tot hemimaxilarul, regiunea auriculară, temporală, occipitală;
- C. în stadiul submucos durerile ating cote maxime;
- D.** în stadiul submucos crește mobilitatea dintelui;
- E. în stadiul subperiostal se constată o reducere spectaculoasă a durerii și scăderea tumefacției

(pag. 111)

12 Parodontitele apicale cronice cu imagine radiologică conturată sunt:

- A.** granulomul epitelial;
- B.** granulomul chistic;
- C. parodontita apicală cronică condensantă;
- D.** parodontita apicală cronică cu hipercementoză;
- E. parodontita apicală cronică difuză progresivă Pertsch

(pag. 113-114)

13 Următoarele afirmații despre examenul radiologic în parodontitele apicale cronice sunt adevărate:

- A. nu este tot timpul concludent, diagnosticul se poate pune doar pe examenul clinic;
- B.** examenul radiologic inițial poate da informații despre numărul rădăcinilor, dimensiunea, angulația lor;
- C. examenul radiologic în timpul tratamentului trebuie evitat pentru a nu traumatiza pacientul;
- D.** examenul radiologic în aprecierea rezultatelor se realizează după obturația canalelor la 3-6 luni;
- E.** examenul radiologic este de multe ori singurul care evidențiază procesele patologice periapicale

(pag. 115-116)

14 Diagnosticul pozitiv în parodontita apicală cronică fibroasă se pune pe următoarele semne:

- A. teste de vitalitate pozitive;
- B.** teste de vitalitate negative;
- C. dinte modificat de culoare;
- D. durere puternică iradiată în tot hemimaxilarul;
- E.** la examenul radiologic se constată lărgirea spațiului periapical sub forma unei calote

(pag. 117)

15 Diagnosticul diferențial în parodontita apicală cronică fibroasă se face cu:

- A.** gangrena pulpară simplă;
- B. pulpita acută seroasă totală;
- C.** pulpitele cronice;
- D.** granulomul simplu conjunctiv;
- E.** granulomul chistic

(pag. 117)

16 După Fish, în cazul granulomului simplu conjunctiv, există următoarele zone:

- A.** zona de necroză, în porțiunea apicală a canalului radicular;
- B. zona de necroză, în periferie;
- C.** zona exudativă, în imediata vecinătate a apexului;
- D. zona de iritație, în imediata vecinătate a apexului;
- E.** zona de stimulare, cea mai periferică

(pag. 118)

17 La examenul obiectiv al unui dinte cu granulom simplu conjunctiv se observă:

- A.** un proces carios ce interesează și camera pulpară,
- B.** uneori se pot întâlni fistule sau cicatrice;
- C.** teste de vitalitate negative;
- D. ușoară jenă dureroasă;
- E.** imagine radiologică radiotransparentă ce înconjoară apexul, cu contur rotund, bine delimitată de osul învecinat

(pag. 119)

18 În granulomul chistic simptomatologia constă în:

- A.** modificare de culoare a dintelui afectat;
- B. teste de vitalitate slab pozitive;
- C.** lipsa sângerării și a sensibilității la pătrundere în canal;
- D.** teste de vitalitate negative;
- E. durere intensă, pulsatilă, iradiată în regiunile învecinate

(pag. 121)

19 Parodontitele apicale cronice cu imagine radiologică neconturată sunt:

- A. parodontita apicală cronică cu hiperementoză;
- B. osteita paradentară Merckior;
- C. parodontita apicală cronică difuză progresivă Paritsch;**
- D. parodontita apicală cronică condensantă;**
- E. abcesul apical cronic

(pag. 114)

20 Parodontitele apicale cronice specifice pot să apară în :

- A. TBC,**
- B. actinomicoză;**
- C. bruceleză,**
- D. SIDA,
- E. blastomicoză**

(pag. 122)

21 Osteita apicală capată particularități imprimată de structurile anatomice specifice acestei zone:

- A. Vecinătatea cavității sinusale**
- B. Vecinătatea cavității bucale septice care reprezintă un rezervor permanent de infecție**
- C. Prezența sistemului limfatic bogat al zonei cervico-faciale**
- D. Tesuturile acoperitoare ale osului alveolar care sunt groase, greu de străbătut de procesul inflamator
- E. Bontul pulpar apical bogat în țesut conjunctiv mai dens, cu fibre colagenice strâns impachetate care poate constitui o barieră în calea difuziunii spre parodontiul apical a substanțelor nocive și a exotoxinelor microbiene din țesutul pulpar adiacent**

(pag. 103)

22 Diagnosticul pozitiv în parodontita apicală acută hiperemică, forma abortivă propriu-zisă, se pune pe următoarele semne:

- A. Dintele este sensibil la percuția în ax**
- B. Dintele este sensibil la percuția transversală
- C. Ușoară congestie de mucoasă în dreptul apexului**
- D. Simptomatologie de pulpită parțială
- E. La atingerea dintelui apare senzația de prezența a dintelui în arcada dentară**

(pag. 107)

23 Diagnosticul pozitiv în granulomul chistic se pune pe următoarele semne:

- A. Imagine radiologică caracteristică**
- B. Crepitație în dreptul apexului**
- C. Depresibilitate în dreptul apexului**
- D. Toate testele de vitalitate sunt negative**
- E. Existența fistulei

(pag. 122)

Tema nr. 39

Tratamentul necrozei și gangrenei pulpare

Bibliografie asociată temei:

M. Gafara, A. Iliescu - Endodontia clinică și practică, Ediția a II-a, Editura, București, 2001. pag. 158-213

*** 1 Tratamentul conservator în cazul unui dinte cu gangrenă se realizează în următoarele condiții:**

- A. în edentații subtotale maxilare;
- B. dinții cu procese cariotoase ce au avansat mult spre rădăcină, diminuând rezistența acestora;
- C. dinți cu punji gingivooase adânci;
- D. arcade dentare întregi și un singur proces de gangrenă;**
- E. dinții din porțiunea distală a arcadei dentare și pacienți cu deschidere mică a cavității orale

(pag. 158-159)

*** 2 Contraindicațiile tratamentului conservator în cazul gangrenei pulpare sunt:**

- A. pacienți sănătoși clinic;
- B. dinți cu rădăcini drepte sau curburi ușoare ce pot fi depășite;
- C. edentații subtotale mandibulare;
- D. pacienți infirmi, greu deplasabili, pacienți cu psihopatii;**
- E. dinți cu implantare bună

(pag. 158)

*** 3 Realizarea accesului în vederea tratamentului de canal al unui dinte cu gangrenă se realizează astfel:**

- A. la dinții cu coroana intactă și procese carioase la nivel cervical, se face trepanarea prin procesul carios după îndepărtarea dentinei alterate.
- B. la dinții cu procese carioase proximale se face trepanarea prin procesul carios, păstrând intactă creasta marginală;
- C. la dinții frontali superiori accesul se face dinspre vestibular pentru a avea vizibilitate bună;
- D.** la dinții cu coroana intactă și procese carioase la nivel cervical trepanarea se face la locul de elecție, după obturația provizorie a procesului carios;
- E. la dinții frontali inferiori accesul se face dinspre vestibular pentru a avea vizibilitate bună

(pag. 161)

*** 4 Anomalii frecvente de canale prezintă:**

- A. incisivii superiori: 3 canale, unul palatinal și două vestibulare,
- B. incisivii inferiori: 3 canale, unul vestibular și două linguale;
- C.** incisivii inferiori: 2 canale, unul vestibular și unul lingual;
- D. molarii unu superiori: un canal central;
- E. molarii unu inferiori: un canal central

(pag. 162-163)

*** 5 Despre odontometrie sunt adevărate următoarele afirmații:**

- A. reprezintă metoda modernă de permeabilizare a canalelor;
- B. metoda clinică este cea mai exactă pentru că se bazează pe simțul tactil;
- C. metodele electronice sunt rar utilizate din cauza erorilor frecvente ce pot să apară,
- D. în cazul utilizării metodelor electronice canalul trebuie să fie foarte bine irigat pentru a nu se bloca acele pe canal;
- E.** în cazul utilizării metodelor electronice canalul trebuie să fie uscat, măsurarea fiind influențată negativ de prezența soluțiilor de sterilizat canalul

(pag. 163-165)

6 medicația folosită în dezinfectia canalelor radiculare trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- A. efect lent bactericid și fungicid;
- B. penetrabilitate redusă în țesuturi;
- C.** stabilitate chimică la păstrarea în soluție,
- D. tensiune superficială mare,
- E.** ușurința introducerii în canale

(pag. 175)

7 Pastele complexe cu antibiotice folosite în tratamentul gangrenei pulpare trebuie să respecte următoarele condiții:

- A. folosirea unor antibiotice cu potențial alergizant moderat sau mare;
- B.** utilizarea unor asocieri de antibiotice eficiente
- C. nu sunt necesare substanțele antiinflamatoare;
- D. excipientul să aibă o difuzibilitate minimă;
- E.** evitarea asocierii antibioticelor în mecanisme de acțiune antagonice

(pag. 187)

8 Tratamentul gangrenei cuprinde trei etape importante, și anume:

- A.** evidarea canalului radicular de resturile pulpare și dentina alterată;
- B. lărgirea canalului până la dentina sănătoasă sub spălături cu hipoclorit de sodiu;
- C. odontometria;
- D.** sterilizarea canalului radicular și a canaliculelor dentinare;
- E.** sigilarea spațiului endodontic prin obturație etanșă

(pag. 158)

9 Sistemele de canale după Weine sunt:

- A.** canal unic, drept până la apex ce se deschide într-un singur foramen apical;
- B.** două canale independente ce se unesc într-un canal unic și se deschid într-un singur foramen apical;
- C.** două canale complet separate ce se deschid fiecare în forame apicale separate;
- D.** canal unic ce pleacă din camera pulpară și se bifurcă în două canale ce se deschid fiecare în forame apicale separate;
- E. nici un răspuns nu este corect

(pag. 163)

10 Despre permeabilizarea canalelor radiculare sunt adevărate următoarele afirmații:

- A.** se face cu ace Miller sau Kerr fine și foarte fine, fără presiuni și brutalitate;
- B. se face cu ace Miller sau Kerr fine și foarte cu presiune pentru a depăși obstacolele dentinare de pe canale;
- C.** se pot folosi substanțe chimice de permeabilizare: EDTA, acid sulfuric;
- D. se poate lăsa pe canal o meșă cu acid sulfuric 48-72 de ore;
- E.** se poate lăsa pe canal o meșă cu EDTA timp de 24 de ore sub pansament ocluziv

(pag. 162)

11 Următoarele afirmații despre odontometrie sunt adevărate:

- A. se realizează înainte de permeabilizarea și evidarea conținutului canalului radicular;
- B. metoda clinică este cea mai exactă pentru că se bazează pe simțul tactil al operatorului;
- C. metodele electronice sunt utilizate frecvent datorită preciziei lor;
- D. în cazul utilizării metodelor electronice este necesară uscarea canalului, prezența hipocloritului de sodiu influențând negativ rezultatul;
- E. acul introdus în canal nu trebuie să vină în contact cu un material metalic de restaurare coronară

(pag. 163-165)

12 În gangrena pulpară tratamentul se realizează astfel:

- A. tratamentul mecanic se realizează până la constricția apicală;
- B. tratamentul mecanic se realizează până dincolo de constricția apicală, depășind-o cu 2-3 mm;
- C. se execută într-una sau mai multe ședințe de tratament;
- D. se fac spălături cu hipoclorit de sodiu;
- E. nu se aplică pansamente medicamentoase

(pag. 166-167)

13 Următoarele afirmații despre tehnica step back sunt adevărate:

- A. se mai numește și telescopare regresivă;
- B. se mai numește și telescopare progresivă;
- C. se recomandă în cazul canalelor cu o curbură ușoară spre moderată;
- D. se recomandă în cazul canalelor cu o curbură accentuată;
- E. se începe cu prepararea regiunii apicale

(pag. 168)

14 Următoarele afirmații despre tehnica step down sunt adevărate:

- A. se mai numește și telescopare regresivă;
- B. se mai numește și telescopare progresivă;
- C. presupune o preparare telescopată ce pornește din porțiunea apicală;
- D. presupune o preparare telescopată ce pornește din porțiunea coronară a canalelor;
- E. are avantajul că permite accesul rectiliniu spre porțiunea apicală fără interferențe mecanice dentinare

(pag. 169)

15 Următoarele afirmații despre tehnica forțelor compensate sunt adevărate:

- A. a fost introdusă de Roane;
- B. permite tratamentul mecanic pe toată lungimea de lucru până la acul 55 fără transpoziția apexului;
- C. este indicată în canalele cu curbură accentuată;
- D. este indicată în canalele cu curbură moderată;
- E. folosește ace tip pilă rigide cu vârf tăietor

(pag. 169)

16 Următoarele afirmații despre tehnica step down- step back sunt adevărate:

- A. se mai numește tehnica dublei telescopări;
- B. în etapa de pregătire step down se lărgeste treimea coronară și medie a canalului cu ajutorul frezelor;
- C. în etapa de pregătire step down se lărgeste treimea apicală a canalului;
- D. pregătirea zonei apicale se realizează cu ace Kerr file, unfile sau flexofile;
- E. în etapa de pregătire step back se lărgeste treimea coronară și medie

(pag. 169)

17 Se instituie obligatoriu un tratament medicamentos înainte de obturația de canal în următoarele situații.

- A. hiperemie preinflamatorie,
- B. pulpita acută seroasă parțială,
- C. pulpite cronice deschise,
- D. hemoragie abundentă;
- E. pulpită acută purulentă parțială

(pag. 170)

18 Cauze locale ale hemoragiei pot fi:

- A. lezarea parodontiului marginal,
- B. perforarea podelei camerei pulpare,
- C. hemofilie,
- D. afecțiuni hepatice cu alterarea mecanismelor de coagulare a sângelui;
- E. căi false radiculare.

(pag. 170)

19 Medicația folosită în dezinfectia canalelor radiculare trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- A. efect rapid bactericid și fungicid;
- B. tensiune superficială mică,
- C. tensiune superficială mare;
- D. inactivare în contact cu sângele;
- E. stimularea proceselor de vindecare periapicale

(pag. 175)

20 Acțiunea antiseptică a hidroxidului de calciu se bazează pe:

- ☒ A. pH-ul alcalin 11-12;
 - B. pH-ul acid de care este răspunzător ionul OH,
 - ☒ C. solubilitate foarte redusă în apă ce determină eliberarea treptată a ionului OH;
 - D. solubilitate mare în apă ce determină dezinfectia rapidă prin eliberarea masivă a ionului OH;
 - E. stimulează neodentinogeneza
- (pag. 198)

*** 21 In opinia lui Grossman medicatia folosita in sterilizarea canalelor radiculare infectate ar trebui sa intruneasca urmatoarele cerinte ideale:**

- A. Actiune antibacteriana de scurta durata
 - B. Tensiune superficiala mare
 - ☒ C. Sa previna sau sa aboleasca durerea periapicala
 - D. Sa coloreze tesuturile dure dentare
 - E. Sa-si modifice activitatea in contact cu sangele, plasma, secretiile purulente sau detritusurile organice
- (pag. 175)

22 Urmatorii dinti nu beneficiaza de tratament al necrozei sau gangrenei pulpare:

- ☒ A. Dinti care au in canale corpi straini ce nu pot fi indepartati
 - B. Dinti cu osteite apicale cronice condensante
 - ☒ C. Dinti cu malformatii radiculare (in baioneta, clopot sau curburi exagerate)
 - D. Dinti cu implantare buna
 - ☒ E. Dinti cu cai false interradiculare si radiculare
- (pag. 159)

23 Compusii iodati se utilizeaza in tratamentul endodontic al necrozei si gangrenei pulpare datorita actiunii foarte eficiente:

- ☒ A. Bactericide
 - ☒ B. Virulicide
 - ☒ C. Antimicotice
 - D. Analgezice
 - E. Chimioterapice
- (pag. 181)

Tema nr. 40

Obturarea canalelor radiculare

Bibliografie asociata temei:

M. Gafara, A. Iliescu - Endodontia clinica si practica, Editia a II-a, Editura, Bucuresti, 2001. pag. 214-248

*** 1 Indicatiile tehnicii de condensare termomecanica a gutapercii(McSpadden) sunt:**

- A. canale inguste
 - B. canale curbe
 - C. canale scurte
 - ☒ D. resorbtiile radiculare interne
 - E. resorbtiile radiculare externe
- (pag. 235)

*** 2 Care este timpul minim de mentinere a spreader-ului in canal in tehnica de condensare laterala la rece:**

- A. 5 secunde
 - B. 10 secunde
 - ☒ C. 15 secunde
 - D. 20 secunde
 - E. 25 secunde
- (pag. 226)

*** 3 Ramolirea portiunii apicale de 2 mm a conului prin introducerea in cloroform dureaza:**

- ☒ A. 3-4 secunde
 - B. 3 minute
 - C. 1 minut
 - D. 2 minute
 - E. 20 minute
- (pag. 221)

*** 4 La introducerea conului de gutaperca principal in canal, in tehnica condensarii laterale la rece acesta trebuie sa se opreasca :**

- A. la constrictia apicala
 - ☒ B. la 0,5-1 mm de constrictia apicala
 - C. la 3-4 mm de constrictia apicala
 - D. in treimea coronara a canalului
 - E. in treimea medie a canalului
- (pag. 224)

* 5 **Alegerea conului de gutaperca principal fata de calibrul celui mai gros instrument de largire a canalului pe toata lungimea de lucru trebuie sa fie:**

- A.** cu un numar mai mare
- B. cu doua numere mai mare
- C. cu un numar mai mic
- D. cu doua numere mai mici
- E. cu trei numere mai mici

(pag. 224)

6 **Dispozitivul de condensare laterala la cald Endotech prezinta urmatoarele caracteristici:**

- A.** este simplu si ergonomic
- B.** exista posibilitatea atasarii unui adjustor ocluzal de silicon
- C.** incalzirea poate fi calibrate perfect
- D.** racire rapida
- E. nu poate fi utilizat in canale curbe

(pag. 229)

7 **Fingerspreaderele prezinta urmatoarele avantaje fata de handspreadere:**

- A.** confera operatorului o mare sensibilitate tactila
- B.** permit rotirea usoara in jurul axului propriu in ambele sensuri
- C.** permit indepartarea usoara din canal fara dislocarea gutapercii
- D. sunt mai subtiri
- E. sunt mai flexibile

(pag. 223)

8 **Introducerea pastelor de obturat in canal se poate face cu:**

- A.** ace Lentulo
- B. ace Kerr
- C.** ace Neos-Hawes
- D.** conuri de gutaperca
- E.** cu pluggere prin pistonare

(pag. 214)

9 **Avantajele utilizarii conurilor de titan sunt:**

- A. sunt nedeformabile
- B. inchiderea canalului e posibila doar prin asocierea unui ciment de sigilare
- C.** rigiditatea superioara a conului de argint
- D.** lipsa coroziunii
- E.** biocompatibilitatea

(pag. 224)

10 **Indicatiile obturatiei segmentare cu rumegus dentinar sunt:**

- A. canale inguste
- B. canale curbe
- C.** foramen apical larg
- D. delta apicala
- E.** perforatii ale foramenului apical

(pag. 241)

11 **Utilizarea Biocalex-ului este indicat in:**

- A.** gangrena pulpara simpla
- B. toate formele de pulpita
- C. parodontite apicale acute
- D.** parodontite apicale cronice
- E.** parodontite apicale cronice fistulizate

(pag. 218)

12 **Alegerea acului Lentulo pentru realizarea obturatiei de canal se face dupa urmatoarele criterii:**

- A.** topografia dintilor
- B.** integritatea fizica a acului Lentulo
- C.** volumul canalelor radiculare
- D. morfologia canalelor radiculare
- E. materialul utilizat pentru realizarea obturatiei

(pag. 215)

13 **In tehnica de condensare laterala la rece a gutapercii, conul de gutaperca principal trebuie:**

- A. sa fie de acelasi calibru cu al celui mai gros instrument folosit pe toata lungimea de lucru
- B.** sa fie cu un numar mai mare decat al celui mai gros instrument folosit pe toata lungimea de lucru
- C.** sa se opreasca in canal la o distanta de 0,5-1 mm de constrictia apicala
- D. sa se opreasca la constrictia apicala
- E. sa nu opuna deloc rezistenta la incercarea de propulsie dincolo de reper

(pag. 224)

14 **Avantajele tehnicii McSpadden:**

- A.** foarte rapida
- B.** obturatie densa si omogena
- C.** obtureaza cea mai mare parte a spatiului endodontic
- D.** buna etanseizare apicala
- E. nu e laborioasa

(pag. 234)

15 Tehnica de condensare la cald a gutapercii are ca dezavantaje:

- A.** necesită mult timp
 - B.** laborioasă
 - C.** reclamă o largire excesivă a canalului
 - D. frecvența mai mare a obturațiilor cu depășire
 - E. consum mai mare de conuri de gutaperca
- (pag. 232)

16 Dezavantajele tehnicii de obturație de canal prin cimentarea unui con unic calibrat la apex sunt:

- A.** solubilitatea sigilantilor
 - B. premiza sigilării corecte doar în treimea coronară
 - C.** conul nu asigură o sigilare eficientă de unul sigur
 - D. dezobturarea dificilă în caz de necesitate
 - E.** premiza sigilării doar în cei 2-3 mm apicali
- (pag. 219)

17 Indicațiile tehnicii de individualizare a conului de gutaperca în tehnica cimentării unui con unic calibrat la apex sunt:

- A. canale voluminoase ale monoradiculărilor
 - B.** canale cu apex larg deschis
 - C.** canale aplatizate în porțiunea apicală
 - D. canale în forma literei C
 - E.** canale ovalare în porțiunea apicală
- (pag. 221)

18 Obturația segmentară cu amalgam de argint prezintă următoarele caracteristici:

- A.** nu necesită canale cu secțiune circulară
 - B.** nu necesită ciment de sigilare
 - C. se resoarbe din canal
 - D.** nu asigură sigilare satisfăcătoare
 - E.** bine tolerate de țesuturile apicale
- (pag. 239)

19 Conurile apicale prefabricate de argint sau titan sunt:

- A.** livrate la lungime de 3mm sau 5 mm
 - B.** au diverse diametre
 - C. corespund unei singure dimensiuni ISO
 - D. sunt netede
 - E.** sunt prevăzute la bază cu un surub
- (pag. 240)

20 Materialele utilizate pentru efectuarea unei obturații de canal segmentare pot fi:

- A.** amalgam de argint
 - B.** gutaperca
 - C.** conurile metalice de argint
 - D.** conurile metalice de titan
 - E. amalgamul de cupru
- (pag. 238)

*** 21 Dezavantajele tehnicii de obturație cu paste care se întăresc în canal sunt:**

- A. Tehnica greoaie
 - B. Execuție laborioasă
 - C. Variații volumetrice înainte de priză materialului de obturație
 - D.** Solubilizare apreciabilă
 - E. Necesită adăugarea de dezinfectante în paste pentru inducerea unui efect antiseptic în final
- (pag. 214)

22 Ordinea recomandată de Stock în obturarea canalelor radiculare ar fi următoarea:

- A.** Canalele cu probleme, apoi cele largi, accesibile
 - B.** La molarii superiori: meziostibular, distostibular, palatinal
 - C. La molarii superiori: palatinal, distostibular, meziostibular
 - D.** La molarii inferiori: meziostibular, meziolingual, distal
 - E. La molarii inferiori: distal, meziolingual, meziostibular
- (pag. 226)

23 Pentru obturarea corectă a canalelor radiculare cu sistemul Obtura se aplică următoarele reguli obligatorii:

- A. Injectarea gutapercii se face la temperatura mai mică de 160 grade Celsius
 - B. Nu se utilizează ciment de sigilare
 - C.** Largirea corespunzătoare a canalului
 - D.** Plasarea corectă a varfului canulei
 - E.** Deprinderea tehnicii corecte în prealabil in vitro
- (pag. 237)

Bibliografie asociata temei:

M. Gafara, A. Iliescu - Endodontia clinica si practica, Editia a II-a, Editura, Bucuresti, 2001. pag. 103-125

*** 1 În prodontitele apicale acute hiperemice postobturație de canal cu depășire, durerea este mai intensă dacă:**

- A. Depășirea se produce la dinții frontali inferiori.
- B. Depășirea se produce la dinții frontali superiori
- C.** Obturația de canal a fost făcută cu eugenat de zinc iodoformat.
- D. Avem de-a face cu leziuni parodontale întinse.
- E. Tratamentul s-a efectuat la bărbați.

(pag. 251)

*** 2 Când parodontita apicală acută hiperemică este consecutivă acutizării unui proces cronic cu întinderi lezionale grave, tratamentul de elecție este:**

- A. Tratamentul cu antiseptice.
- B. Tratamentul local cu antibiotice.
- C. Spălături endodontice cu apă.
- D. Lăsarea dintelui deschis.
- E.** Rezecție apicală.

(pag. 250)

*** 3 În faza endoosoasă a parodontitei apicale acute exudative purulente tratamentul presupune:**

- A. Drenajul endodontic.
- B. Tratament general cu antibiotice.
- C.** Drenaj endodontic asociat cu analgezice.
- D. Drenaj endodontic asociat cu antibiotice.
- E. Realizarea inciziei mucoasei.

(pag. 254)

*** 4 Cauterizarea chimică, instituită ca soluție terapeutică în parodontitele apicale cronice cu secreție persistentă pe canal, se face prin:**

- A. Aplicarea de meșe cu soluție Walchoff.
- B. Aplicarea de meșe cu soluție tricrezolformalină.
- C.** Aplicarea de meșe cu soluție acid tricloracetic.
- D. Aplicarea de meșe cu soluție Cresophene.
- E. Aplicarea de meșe cu Septomixină.

(pag. 259)

*** 5 Una din cauzele persistenței secreției pe canal este:**

- A.** Tratament început imediat după stingerea unui proces acut de parodontită.
- B. Tratament început înainte de apariția unui proces acut de parodontită.
- C. Obturație de canal efectuată până în apex.
- D. Apexul închis la copii și adolescenți.
- E. Acul electrodului folosit în diatermie introdus până la nivelul apexului.

(pag. 258)

6 Cum se poate realiza drenajul într-o parodontită apicală acută exudativă:

- A.** Endodontic
- B. Parodontal
- C.** Transmaxilar
- D. Transsinusal
- E.** Alveolar

(pag. 253-254)

7 Intensitatea manifestărilor clinice în parodontita apicală acută hiperemică consecutivă obturației de canal cu depășire depinde de:

- A. Starea parodontiului marginal înaintea obturației de canal.
- B.** Interesarea canalului mandibular.
- C. Interesarea sinusului maxilar.
- D. Vârsta pacientului.
- E.** Cantitatea materialului de obturație.

(pag. 251)

8 Tratamentul general medicamentos într-o parodontită apicală acută exudativă seroasă presupune administrarea de:

- A. acid acetyl salicilic 250 mg. de 3 ori pe zi.
- B.** prednison 5 mg. de 4 ori pe zi.
- C.** ampicilină 500 mg. de 4 ori pe zi.
- D.** algocalmin 1 g de 2 ori pe zi.
- E. prișnițe cu apă la temperatura camerei.

(pag. 253)

9 Tratamentul parodontitelor apicale acute exudative purulente în faza subperiostală presupune:

- A.** Drenaj endodontic.
- B. Drenaj transosos.
- C.** Incizia muco-periostală la nivelul abcesului.
- D. Incizia mucoasei la nivelul abcesului.
- E.** Administrarea de analgezice.

(pag. 254)

10 Tratamentul parodontitei apicale apicale acute arsenicale – forma grava presupune:

- A. Se deschide complet camera pulpară.
- B. Se îndepărtează complet pulpa coronară și radiculară.
- C. Se aplică în canale meșe îmbibate în dimercaptopropanol.
- D.** Extracția dintelui și chiuretarea alveolei.
- E.** Aplicarea în alveolă de conuri cu antibiotice.

(pag. 256)

11 Tratamentul parodontitei apicale acute hiperemice consecutive depășirii apexului cu material de obturație presupune:

- A.** Atitudine de expectativă.
- B.** Tratament antialgic și antiinflamator.
- C. Prișnițe cu apă rece.
- D.** Osteotomie transmaxilară.
- E. Dezobturarea imediată a canalului.

(pag. 256)

12 Schema de tratament în parodontitele apicale acute exudative purulente în stadiul endoosos presupune:

- A.** Drenaj endodontic asociat cu analgezice.
- B. Incizie mucoperiostală.
- C.** Osteotomie transmaxilară.
- D. Prișnițe cu apă la temperatura camerei.
- E. Infiltrații plexale cu novocaină.

(pag. 257)

13 Cauzele persistenței secreției pe canal sunt următoarele:

- A. Lărgirea insuficientă a apexului în timpul tratamentului de canal.
- B.** Iritarea chimică a parodonțiului apical.
- C.** Începerea tratamentului conservator imediat după stingerea procesului inflamator.
- D.** Încercarea tratamentului conservator în cazul abcesului apical cronic.
- E. Utilizarea unor intensități prea mici ale curentului electric în ionoforeză.

(pag. 258)

14 Tratamentul parodontitei apicale cronice cu secreție persistentă moderată presupune:

- A. Lăsarea deschisă a dintelui.
- B.** Obturarea provizorie a canalului cu pastă iodoformată.
- C.** Aplicare de meșe cu antiseptic sub pansament ocluziv.
- D.** Introducerea în canal de meșe umectate în acid tricloracetic .
- E. Drenaj prin fistula medicamentoasă.

(pag. 259)

15 Schema de tratament a parodontitelor apicale cronice cu secreție abundentă cuprinde:

- A.** Drenaj endodontic și lăsarea deschisă a dintelui.
- B. Obturația provizorie a canalului cu pastă de antibiotice pentru 20 de zile.
- C. Electrofulgurație diatermică.
- D. Aplicarea de meșe cu antiseptic sub pansament semiocluziv.
- E.** Crearea unei fistule medicamentoase.

(pag. 259)

16 Tratamentul parodontitelor apicale fistulizate presupune:

- A.** Tratament chemo-mecanic de canal.
- B. Obturarea de durată a canalului din prima ședință chiar dacă persistă secreția.
- C.** Spălături cu antiseptice pe traiectul dinte – fistulă.
- D. Aplicarea de agenți fizici.
- E.** Chiuretajul apical.

(pag. 260)

17 Schema de tratament în parodontitele apicale cronice cu forme lezionale grave presupune:

- A.** Extracția dintelui.
- B.** Amputație radiculară.
- C. Tratament de gangrenă.
- D. Asocierea agenților fizici în tratamentul chemo-mecanic.
- E.** Rezecție apicală.

(pag. 260)

- 18 Tratamentul parodontitelor apicale cronice urmează în general aceleași etape cu ale tratamentului gangrenei pulpare simple, cu excepția situațiilor clinice în care apar modificări determinate de:**
- A.** Existența unor fistule.
 - B. Lărgire minimă a apexului în timpul tratamentului mecanic.
 - C. Folosirea incorectă a agenților chimici.
 - D. Folosirea unor intensități mici ale curentului electric în ionoforeză.
 - E.** Persistența secreției pe canal.
- (pag. 258)
- 19 Crearea fistulei medicamentoase ca soluție de tratament în parodontitele apicale cronice cu persistența secreției pe canal se indică la:**
- A.** Dinți frontali superiori.
 - B. Dinți frontali inferiori.
 - C.** Premolari superiori.
 - D. Premolari inferiori.
 - E. Molari superiori.
- (pag. 259)
- * 20 În parodontitele apicale acute hiperemice postobturație de canal cu depășire, durerea este mai intensă dacă:**
- A. Depășirea se produce la dinții frontali inferiori.
 - B. Depășirea se produce la dinții frontali superiori.
 - C.** Obturația de canal a fost făcută cu eugenat de zinc iodoformat.
 - D. Avem de-a face cu leziuni parodontale întinse.
 - E. Tratamentul s-a efectuat la bărbăți.
- (pag. 251)
- * 21 Când parodontita apicală acută hiperemică este consecutivă acutizării unui proces cronic cu întinderi lezionale grave, tratamentul de elecție este:**
- A. Tratamentul cu antiseptice.
 - B. Tratamentul local cu antibiotice.
 - C. Spălături endodontice cu apă.
 - D. Lăsarea dintelui deschis.
 - E.** Rezecție apicală.
- (pag. 250)
- * 22 În faza endoosoasă a parodontitei apicale acute exudative purulente tratamentul presupune:**
- A. Drenajul endodontic.
 - B. Tratament general cu antibiotice.
 - C.** Drenaj endodontic asociat cu analgezice.
 - D. Drenaj endodontic asociat cu antibiotice.
 - E. Realizarea inciziei mucoasei.
- (pag. 254)
- * 23 Cauterizarea chimică, instituită ca soluție terapeutică în parodontitele apicale cronice cu secreție persistentă pe canal, se face prin:**
- A. Aplicarea de meșe cu soluție Walchoff.
 - B. Aplicarea de meșe cu soluție tricrezolformalină.
 - C.** Aplicarea de meșe cu soluție acid tricloracetic.
 - D. Aplicarea de meșe cu soluție Cresophene.
 - E. Aplicarea de meșe cu Septomixină.
- (pag. 259)
- * 24 Una din cauzele persistenței secreției pe canal este:**
- A.** Tratament început imediat după stingerea unui proces acut de parodontită.
 - B. Tratament început înainte de apariția unui proces acut de parodontită.
 - C. Obturație de canal efectuată până în apex.
 - D. Apexul închis la copii și adolescenți.
 - E. Acul electrodului folosit în diatermie introdus până la nivelul apexului.
- (pag. 258)
- 25 Cum se poate realiza drenajul într-o parodontită apicală acută exudativă:**
- A.** Endodontic
 - B. Parodontal
 - C.** Transmaxilar
 - D. Transsinusal
 - E.** Alveolar
- (pag. 253-254)
- 26 Intensitatea manifestărilor clinice în parodontita apicală acută hiperemică consecutivă obturației de canal cu depășire depinde de:**
- A. Starea parodontiului marginal înaintea obturației de canal.
 - B.** Interesarea canalului mandibular.
 - C. Interesarea sinusului maxilar.
 - D. Vârsta pacientului.
 - E.** Cantitatea materialului de obturație.
- (pag. 251)

27 Tratamentul general medicamentos într-o parodontită apicală acută exudativă seroasă presupune administrarea de:

- A. acid acetic salicilic 250 mg. de 3 ori pe zi.
 - B. prednison 5 mg. de 4 ori pe zi.**
 - C. ampicilină 500 mg. de 4 ori pe zi.**
 - D. algocalmin 1 g de 2 ori pe zi.**
 - E. prișnițe cu apă la temperatura camerei.
- (pag. 253)

28 Tratamentul parodontitelor apicale acute exudative purulente în faza subperiostală presupune:

- A. Drenaj endodontic.**
 - B. Drenaj transosos.
 - C. Incizia muco-periostală la nivelul abcesului.**
 - D. Incizia mucoasei la nivelul abcesului.
 - E. Administrarea de analgezice.**
- (pag. 254)

29 Tratamentul parodontitei apicale acute arsenicale – forma grava presupune:

- A. Se deschide complet camera pulpară.
 - B. Se îndepărtează complet pulpa coronară și radiculară.
 - C. Se aplică în canale meșe îmbibate în dimercaptopropanol.
 - D. Extracția dintelui și chiuretarea alveolei.**
 - E. Aplicarea în alveolă de conuri cu antibiotice.**
- (pag. 256)

30 Tratamentul parodontitei apicale acute hiperemice consecutive depășirii apexului cu material de obturație presupune:

- A. Atitudine de expectativă.**
 - B. Tratament antialgic și antiinflamator.**
 - C. Prișnițe cu apă rece.
 - D. Osteotomie transmaxilară.**
 - E. Dezobturarea imediată a canalului.
- (pag. 256)

31 Schema de tratament în parodontitele apicale acute exudative purulente în stadiul endoosos presupune:

- A. Drenaj endodontic asociat cu analgezice.**
 - B. Incizie mucoperiostală.
 - C. Osteotomie transmaxilară.**
 - D. Prișnițe cu apă la temperatura camerei.
 - E. Infiltrații plexale cu novocaină.
- (pag. 257)

32 Cauzele persistenței secreției pe canal sunt următoarele:

- A. Lărgirea insuficientă a apexului în timpul tratamentului de canal.
 - B. Iritarea chimică a parodontiului apical.**
 - C. Începerea tratamentului conservator imediat după stingerea procesului inflamator.**
 - D. Încercarea tratamentului conservator în cazul abcesului apical cronic.**
 - E. Utilizarea unor intensități prea mici ale curentului electric în ionoforeză.
- (pag. 258)

33 Tratamentul parodontitei apicale cronice cu secreție persistentă moderată presupune:

- A. Lăsarea deschisă a dintelui.
 - B. Obturarea provizorie a canalului cu pastă iodoformată.**
 - C. Aplicare de meșe cu antiseptic sub pansament ocluziv.**
 - D. Introducerea în canal de meșe umectate în acid tricloracetic .**
 - E. Drenaj prin fistula medicamentoasă.
- (pag. 259)

34 Schema de tratament a parodontitelor apicale cronice cu secreție abundentă cuprinde:

- A. Drenaj endodontic și lăsarea deschisă a dintelui.**
 - B. Obturația provizorie a canalului cu pastă de antibiotice pentru 20 de zile.
 - C. Electrofulgurație diatermică.
 - D. Aplicarea de meșe cu antiseptic sub pansament semiocluziv.
 - E. Crearea unei fistule medicamentoase.**
- (pag. 259)

35 Tratamentul parodontitelor apicale fistulizate presupune:

- A. Tratament chemo-mecanic de canal.**
 - B. Obturarea de durată a canalului din prima ședință chiar dacă persistă secreția.
 - C. Spălături cu antiseptice pe traiectul dinte – fistulă.**
 - D. Aplicarea de agenți fizici.
 - E. Chiuretajul apical.**
- (pag. 260)

36 Schema de tratament în parodontitele apicale cronice cu forme lezionale grave presupune:

- A.** Extracția dintelui.
- B.** Amputație radiculară.
- C. Tratament de gangrenă.
- D. Asocierea agenților fizici în tratamentul chemo-mecanic.

E. Rezecție apicală.

(pag. 260)

37 Tratamentul parodontitelor apicale cronice urmează în general aceleași etape cu ale tratamentului gangrenei pulpare simple, cu excepția situațiilor clinice în care apar modificări determinate de:

- A.** Existența unor fistule.
- B. Lărgire minimă a apexului în timpul tratamentului mecanic.
- C. Folosirea incorectă a agenților chimici.
- D. Folosirea unor intensități mici ale curentului electric în ionoforeză.

E. Persistența secreției pe canal.

(pag. 258)

38 Crearea fistulei medicamentoase ca soluție de tratament în parodontitele apicale cronice cu persistența secreției pe canal se indică la:

- A.** Dinți frontali superiori.
- B. Dinți frontali inferiori.
- C.** Premolari superiori.
- D. Premolari inferiori.
- E. Molari superiori.

(pag. 259)

39 În cazul parodontitei apicale cronice cu secreție abundentă pe canal se procedează astfel:

- A. Se aplică meșe în canal cu Cresophene sub pansament semiocluziv 14 zile.
- B. Se aplică meșe în canal cu Cresophene sub pansament ocluziv 14 zile.
- C.** Se obturează provizoriu canalul cu pastă de hidroxid de calciu pentru 14 zile.
- D. Se obturează provizoriu canalul cu pastă de antibiotice pentru 14 zile.
- E.** Se obturează canalul cu pastă Walchoff împinsă cu presiune dincolo de apex.

(pag. 259)

Tema nr. 42

Morfologia parodontiului marginal

Bibliografie asociată temei:

H.T. Dumitriu, Silvia Dumitriu, Anca Dumitriu - Parodontologie, Editura Viata Medicala Romaneasca, Bucuresti, 2009. pag. 26-89

*** 1 Gingia osului mandibular:**

- A.** este inervată de nervul bucal
- B. este inervată de nervul sublingual pe versantul vestibular
- C. este inervată de nervul mentonier pe versantul lingual
- D. este inervată de nervul nazopalatin
- E. este inervată de ramuri din nervul infraorbital

(pag. 70)

*** 2 Ligamentul supraalveolar:**

- A. asigură fixarea fibrelor intergingivale la periost
- B. împiedică transmiterea presiunilor de masticatie
- C. asigură procesul fiziologic de remaniere a osului alveolar
- D. are un rol important în menținerea și localizarea rețelei de vase sanguine

E. se opune tendințelor de retractie gingivală

(pag. 71)

*** 3 Marginea gingivală liberă:**

- A. are o grosime ce variază între 0,2-1mm
- B.** corespunde peretelui extern al santului gingival
- C. ocupă spațial interdental
- D. în regiunea frontală prezintă forma piramidală
- E. adera ferm de dinte

(pag. 42)

*** 4 Epiteliul gingival este format din :**

- A. epiteliul oral sau intern
- B. epiteliul joncțional
- C.** epiteliul santului gingival extern
- D. epiteliul sulcular sau extern
- E. epiteliul desmodontal

(pag. 46)

*** 5 Cementul radicular:**

- A. este mai gros în treimea coronară
- B. vine în contact cu smalțul în 5-10 % din cazuri
- C. acoperă smalțul cervical în 30 % din cazuri
- D. este slab reprezentat la ierbivore
- E.** este un țesut de tip conjunctiv puternic mineralizat

(pag. 59)

6 Eruptia dentara continua:

- A. cand se opreste la intalnirea dintilor antagonisti
- B. poate fi activa sau pasiva
- C.** se produce in tot cursul vietii, chiar in prezenta antagonistilor
- D. se produce doar in lipsa antagonistilor
- E.** are doua componente: activa si pasiva
(pag. 36)

7 Care sunt componentele parodontiului profund, de sustinere sau functional?

- A.** desmodontiu
- B.** os alveolar
- C. ligamente supraalveolare
- D.** cement radicular
- E. corion gingival
(pag. 40)

8 Corionul gingival este format din:

- A. strat agranulos
- B.** celule, vase si nervi
- C.** fibre de collagen si elastina
- D. creatinina
- E. aminoacizi
(pag. 53)

9 Cementul radicular:

- A. este componenta a parodontiului marginal de invelis
- B.** este un tesut de tip conjunctiv
- C. este interfata dintre radacina dintelui, osul alveolar si gingie
- D.** acopera smaltul cervical in 60-65 % din cazuri
- E. este in cea mai mare parte dispus in treimea apicala a radacinii
(pag. 59)

10 Inervatia gingiei osului maxilar este asigurata de :

- A.** ramuri din nervul infraorbital
- B.** nervii nazopalatini
- C. nervul bucal
- D. nervul supraorbital
- E. nervul gluteal
(pag. 70)

11 Cementul radicular indeplineste urmatoarele functii principale:

- A. functia de restructurare tisulara
- B. formeaza o bariera biologica fata de agresiunea microbiana
- C.** asigura fixarea fibrelor ligamentului periodontal
- D.** cementul se depune continuu in cursul vietii prin apozitie de noi straturi
- E. se opune tendintelor de retractie gingivala
(pag. 71)

12 Putem defini eroziunea prin urmatoarele afirmatii:

- A.** o lipsa de substanta dentara care nu afecteaza suprafetele ocluzale
- B.** se localizeaza la colet
- C.** se produce prin demineralizare acida
- D. este un fenomen de uzura a suprafetelor dentare intre ele
- E. se produce prin trauma ocluzala
(pag. 87)

13 Glicoproteinele din corionul gingival sunt reprezentate prin:

- A.** tenascina
- B.** laminina
- C.** fibronectina
- D. dermatina
- E. catepsina
(pag. 54)

14 In dezvoltarea embrionara a dintelui, sacul dentar:

- A. are forma unui clopot
- B.** deriva din mezenchim
- C.** inconjoara organul smaltului si papilla dentara ca o capsula
- D. este prima forma de reprezentare a odontonului
- E. formeaza stratul adamantin intern
(pag. 30)

15 Mucoasa de captusire a cavitatii orale:

- A. este puternic keratinizata
- B.** este fina, elastica, densa
- C.** are o mare capacitate de absorbtie
- D. este reprezentata de un epiteliu adamantin
- E. este ferma, fixa si plastica
(pag. 41)

16 Culoarea normala,roz deschis,a gingiei variaza in raport cu:

- A. gradul de vascularizatie din epiteliul gingival
- B. prezenta si numarul celulelor melaninoformatoare**
- C. grosimea corionului gingival
- D. gradul de vascularizatie din corionul gingival**
- E. gradul de keratinizare**

(pag. 44)

17 Epiteliul santului gingival:

- A. se mai numeste si epiteliu jonctional
- B. majoritatea celulelor componenet sunt keratinizate
- C. acopera peretele moale al santului gingival**
- D. este slab keratinizat**
- E. poate fi nekeratinizat**

(pag. 49)

18 Volumul lichidului santului gingival creste in:

- A. sarcina**
- B. inflamatie gingivala**
- C. seara
- D. anomalii dento-maxilare
- E. in cursul masticatiei**

(pag. 52)

19 Cementul fibrilar,acelular contine:

- A. proteoglicani
- B. cristale fine ,aciculare de hidroxiapatita**
- C. glicoproteine
- D. apa**
- E. elastomeri

(pag. 60)

20 Osul alveolar sustinator:

- A. are doua componente reprezentate de os medular si corticala externa**
- B. are ca si componenta osul trabecular**
- C. este reprezentat de corticala interna a osului alveolar
- D. alaturi de osul alveolar propriu-zis formeaza osul alveolar**
- E. serveste drept suport de insertie capatului osos al fibrelor ligamentului periodontal

(pag. 65)

*** 21 Mucoasa masticatorie care acopera bolta palatina:**

- A. Este prevazuta cu un epiteliu gros**
- B. Este prevazuta cu un epiteliu subtire, fin
- C. Este saraca in glande salivare accesorii
- D. Se sutureaza cu usurinta dar este o sutura instabila
- E. Permite injectarea cu usurinta prin infiltratie a solutiilor folosite in cadrul tratamentului parodontal

(pag. 41)

22 Epiteliul santului gingival sau epiteliul sulcular prezinta urmatoarele caracteristici:

- A. Acopera peretele moale al santului gingival**
- B. Este puternic keratinizat
- C. Keratinizarea puternica a acestuia favorizeaza producerea de microulceratii
- D. Este slab keratinizat**
- E. Keratinizarea redusa a acestuia favorizeaza producerea de microeroziuni**

(pag. 49)

23 Particularitatile anatomice ale epiteliului jonctional ce explica caracterul de vulnerabilitate fata de agresiunile fizice si biologice sunt:

- A. Prezenta digitatiilor epiteliiale
- B. Interfata epiteliu-corion este neteda, fara ondulatii**
- C. Numarul redus de puncti desmozomale intercelulare**
- D. Cantitatea crescuta de keratina
- E. Prezenta hemidesmozomilor intre celulele din stratul bazal ceea ce explica keratinizarea crescuta

(pag. 50)

Tema nr. 43

Etiopatogenia parodontopatiilor marginale cronice

Bibliografie asociata temei:

H.T. Dumitriu, Silvia Dumitriu, Anca Dumitriu - Parodontologie, Editura Viata Medicala Romaneasca, Bucuresti, 2009. pag. 103-155

*** 1 Hidroxiapatita este o componenta a:**

- A. hidrolizei
- B. placii bacteriene
- C. numai a tartrului supragingival
- D. numai a tartrului subgingival
- E. tartrului dentar**

(pag. 140)

*** 2 Tartrul dentar contine:**

- ☒ A. galactoză
- B. fructoză
- C. lipide 0,3%
- D. carbohidrați 10-12%
- E. proteine 9-10 %

(pag. 140)

*** 3 Iritatiile chimice ale mucoasei apar in cazul contactului cu:**

- A. aspirina si acizii
- B. aspirina, baze si nitrati
- C. aspirina, acizi, baze, azotati
- ☒ D. aspirina, baze, acizi, nitrati, fenoli
- E. aspirina, acizi, baze, nitrati

(pag. 151)

*** 4 Compozitia placii bacteriene cuprinde:**

- A. 90% bacterii
- B. 60-70% bacterii
- ☒ C. 70-80% bacterii
- D. 40-50% bacterii
- E. 80-90% bacterii

(pag. 106)

*** 5 Formarea placii bacteriene incepe dupa periaj la:**

- A. 2 ore
- B. 50 minute
- ☒ C. 60 minute
- D. 10 minute
- E. 30 minute

(pag. 107)

6 Factori locali favorizanti ai parodontopatiilor marginale cornice pot fi:

- ☒ A. tartrul dentar
- ☒ B. parafunctiile
- ☒ C. obiceiuri vicioase
- D. placa bacteriana
- ☒ E. cariile dentare

(pag. 103)

7 Pelicula:

- A. apare la aproximativ o jumatate de ora dupa spalare
- B. are o grosime de 200 nm la 2 ore
- ☒ C. are in compozitie carbohidrati
- D. se formeaza prin absorbtia lipidelor salivare
- ☒ E. are in compozitie glicoproteine

(pag. 107)

8 Continutul organic al tartrului este:

- A. proteine 9-10%
- ☒ B. galactozamine
- C. lipide 2%
- ☒ D. componente proteice 6-8%
- ☒ E. glucoza

(pag. 140)

9 Cele mai des intalnite parafunctii sunt:

- ☒ A. bruxismul
- B. sugerea degetului
- ☒ C. bascularea dintilor in timpul inclestarii
- D. fumatul
- E. muscarea buzelor

(pag. 148)

10 Tartrul subgingival:

- A. este de culoare alb-galben
- ☒ B. are consistenta crescuta
- ☒ C. este dispus in santul gingival sub marginea gingivala libera
- ☒ D. este de culoare maroniu-inchis spre negru
- ☒ E. este de cele mai multe ori foarte aderent

(pag. 139)

11 Componentele anorganice ale tartrului supragingival sunt:

- A. fosfat de calciu 90%
- ☒ B. fosfat de magneziu
- C. sodiu si zinc in cantitati mari
- ☒ D. urme de fier, siliciu, cupru, mangan
- ☒ E. carbonat de calciu

(pag. 140)

12 Diabetul zaharat determina aparitia urmatoarelor manifestari clinice in cavitatea orala:

- ☒ A. senzatie de uscaciune si arsura
- B. edem gingival
- ☒ C. diminuarea fluxului salivar
- D. gingivostomatite
- E. sialoree

(pag. 154)

13 Anomaliile dento-maxilare implicate in producerea partodontopatiilor marginale cornice sunt:

- ☒ A. ocluzia adanc acoperita
- ☒ B. incongruenta dento-alveolara cu inghesuire
- ☒ C. incongruenta dento-alveolara cu spatiere
- ☒ D. ocluzia deschisa
- E. malpozitii dentare

(pag. 147)

14 Porphyromonas gingivalis este prezent in :

- ☒ A. parodontita juvenila
- ☒ B. parodontite rapid progressive
- C. gingivita hiperplazica idiopatica
- ☒ D. gingivostomatita ulcero-necrotica
- E. gingivita marginala cronica

(pag. 113)

15 Factorii de aparare ai lichidului santului gingival sunt:

- ☒ A. complementul
- B. lizozimul
- ☒ C. anticorpi din clasa IgG
- ☒ D. anticorpi din clasa IgM
- E. celule polimorfonucleare

(pag. 126)

16 Formarea tartrului este favorizata de :

- A. hipervitaminaza A si B6
- B. aportul de acid ascorbic
- ☒ C. consumul de alimente bogate in calciu si proteine
- ☒ D. hipovitaminaza B6 si PP
- ☒ E. consumul de alimete bogate in fosfor

(pag. 143)

17 Ritmul de formare a tartrului dentar depinde de:

- ☒ A. localizarea dintelui
- B. varsta pacientului
- ☒ C. natura alimentelor si particularitatile masticatiei
- ☒ D. variatiile individuale ale fluxului salivar
- E. tipul de flora existenta in placa bacteriana

(pag. 141)

18 Trauma ocluzala primara se produce in cazul unor:

- ☒ A. obturatii sau coroane inalte
- ☒ B. punti dentare incorrect realizate
- C. aparate ortodontice de contentie si mentinatoare de spatiu dupa extractia molarului de minte
- D. lovituri accidentale
- E. eruptii intarziate ale dintilor antagonisti

(pag. 145)

19 In cavitatea bucala, diabetul zaharat determina:

- A. Glosita cu depapilare marginala si dorsala a limbii
- ☒ B. Senzatie de uscaciune si arsura
- C. Gingivita atrofica
- ☒ D. Gingivita cu frecvente fenomene hiperplazice
- ☒ E. Scaderea fluxului salivar

(pag. 154)

20 Tartrul subgingival se poate prezenta sub urmatoarele forme:

- ☒ A. Depozite spinoase, ca acoperite cu ghimpi
- B. Crusta cu suprafata neteda, lucioasa
- ☒ C. Formatiuni nodulare
- D. Formatiuni sesile, pediculate
- ☒ E. Digitatii sub forma de feriga

(pag. 139)

21 Anticorpai din lichidul santului gingival si tesutul parodontal apartin:

- ☒ A. In majoritatea lor, imunoglobulinelor din clasa IgG
- B. In proportie mai mare imunoglobulinelor din clasa IgM
- C. In proportie crescuta imunoglobulinelor din clasa IgA
- ☒ D. In cantitate mica imunoglobulinelor din clasa IgA
- E. In majoritate imunoglobulinelor din clasa IgE

(pag. 129)

22 Pentru ca o bacterie sa fie considerata patogen parodontal, trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

- A.** Microorganismul trebuie sa se gaseasca in numar mare in parodontiul lezat si in numar redus sau absent in parodontiul normal
- B. Indepartarea microorganismului nu duce la oprirea progresiei bolii
- C.** Microorganismul trebuie sa posede factori de patogenitate relevanti pentru initierea si progresia leziunilor parodontale
- D.** Raspunsul imun umoral si celular trebuie sa sugereze rolul unic al microorganismului in producerea bolii
- E.** In experimentele pe animale trebuie sa se reproduca leziunile de la om

(pag. 104)

Tema nr. 44

Diagnosticul imbolnavirilor gingivo-parodontale

Bibliografie asociata temei:

H.T. Dumitriu, Silvia Dumitriu, Anca Dumitriu - Parodontologie, Editura Viata Medicala Romaneasca, Bucuresti, 2009. pag. 189-201

*** 1 Boala parodontala este considerata localizata cand sunt mei putin de :**

- A. 10% din dintii prezenti
- B. 20% din dintii prezenti
- C. 50% din dintii prezenti
- D. 65% din dintii prezenti
- E.** 30% din dintii prezenti

(pag. 191)

*** 2 Parodontitele marginale cornice apar de obicei dupa varsta de :**

- A. 20-30 ani
- B. 25-35 ani
- C.** 30-40 ani
- D. 35-55 ani
- E. 40-55 ani

(pag. 196)

*** 3 In gingivitele din cursul tratamentelor cu antagonisti de calciu la bolnavii netratati:**

- A. apar fibroblasti cu aspect de miofibroblasti
- B.** apare un important infiltrat inflamator plasmocitar in corion
- C. materialul extracelular este asemanator laminei bazale
- D. se subtiaza vasele din corion
- E. edemul este absent

(pag. 193)

*** 4 Gingivitele medicamentoase:**

- A. factorul etiologic este placa bacteriana
- B. apar mai frecvent la femei
- C. factorii iatrogenici pot fi factori favorizanti
- D.** manifestarile clinice sunt predominant gingivale
- E. apare ulceratia gingivala

(pag. 193)

5 Diagnosticul pozitiv este rezultatul:

- A.** examinarii prin anamneza
- B. diagnosticului diferential
- C.** aprecierii obiective prin examene complementare
- D. subiectivismului pacientului
- E.** aprecierii obiective a starii parodontiului

(pag. 189)

6 Semnele principale in inflamatie sunt:

- A. reduceri de volum ale structurilor gingivo-parodontale
- B. retractie gingivala
- C.** cresteri de volum ale gingiei
- D. atrofie osoasa orizontala
- E.** modificari de consistenta ale gingiei

(pag. 191)

7 Degenerescenta se caracterizeaza prin:

- A. modificari de culoare si aspect ale gingiei
- B.** reduceri de volum ale structurilor gingivo-parodontale
- C.** atrofie osoasa orizontala
- D. tumefactii gingivale
- E. hipertrofie

(pag. 191)

8 In gingivitele induse de placa bacteriana:

- A.** histopatologic jonctiunea gingivo-dentara este integra
- B. microbiologic nu se cunoaste o flora bacteriana particulara asociata
- C.** clinic prezinta cea mai mare prevalenta si incidenta in clinica bolilor parodontiului marginal
- D. radiologic se observa modificari
- E.** clinic,unii pacienti acuza prurit,usturime gingivala

(pag. 192)

9 In gingivitele descuamative:

- A. evolutia este in general lent progresiva
- B. se asociaza frecvent boli generale
- C. gingia are o culoare rosie vieceare sangereaza cu usurinta**
- D. nu se cunoaste o flora bacteriana particulara asociata**
- E. gingia este dureroasa la periaj si masticatie**
(pag. 194)

10 Diagnosticul de parodontita marginala cronica se pune pe baza urmatoarelor criterii:

- A. leziunile distructive afecteaza parodontiul marginal profund**
- B. fumatul si stresul sunt factori favorizanti**
- C. prevalenta maxima este la adulti**
- D. prevalenta maxima este la tineri
- E. apar mai frecvent la femei, la menopauza
(pag. 194)

11 Criteriile dupa care se stabileste diagnosticul de parodontita agresiva sunt:

- A. apar de obicei dupa varsta de 30-40 ani
- B. este mai rara in comparative cu parodontita cronica**
- C. disjunctia gingivo-osoasa se realizeaza rapid**
- D. distructia osoasa este reduca
- E. distructia osoasa se realizeaza rapid**
(pag. 196)

12 Diferentele dintre forma de parodontita agresiva localizata si cea generalizata sunt:

- A. forma localizata este depistata la pubertate**
- B. forma localizata apare in jurul varstei de 30 ani
- C. in forma localizata tartrul subgingival este prezent
- D. in forma localizata tartrul subgingival este absent**
- E. distructiile parodontale afecteaza de regula incisivi si primii molari permanenti in forma localizata**
(pag. 197)

13 Parodontitele marginale cronice:

- A. sunt considerate parodontitele adultului**
- B. apar peste varsta de 25 ani
- C. apar peste varsta de 40 ani**
- D. aparitia de punji parodontale este principalul semn de imbolnavire**
- E. apar false punji parodontale
(pag. 194)

14 Anamneza ofera informatii privitoare la :

- A. motivele prezentarii la medic**
- B. precizarea formei clinice de imbolnavire
- C. evolutia si efectul unor tratamente anterioare**
- D. momentul aparitiei bolii**
- E. sunt date obtinute in urma examenelor complementare
(pag. 189)

15 Degenerescenta:

- A. se manifesta prin reduceri de volum ale structurilor gingivo-parodontale**
- B. se manifesta prin marirea volumului structurilor parodontale
- C. se manifesta prin atrofie osoasa orizontala si verticala
- D. se manifesta prin atrofie ososasa orizontala**
- E. poate fi usoara , medie sau grava**
(pag. 191)

16 Severitatea bolii parodontale este:

- A. moderata (pungi parodontale de 3-5 mm)**
- B. mare (pungi parodontale de la 4 mm si peste aceasta valoare)
- C. mare (pungi parodontale de la 6 mm si peste aceasta valoare)**
- D. severa (pungi parodontale peste 5 mm)
- E. medie
(pag. 191)

17 In parodontite ca factori favorizanti amintim:

- A. diabet
- B. fumatul**
- C. factori iatrogenic**
- D. carente vitaminice
- E. stresul**
(pag. 195)

*** 18 In parodontitele marginale, severitatea bolii este apreciata in functie de:**

- A. Numarul de dinti afectati de punji parodontale
- B. Numarul de milimetri masurati intre marginea gingivala si nivelul cel mai decliv al pungilor parodontale
- C. Numarul de milimetri masurati intre jonctiunea smalt-cement si nivelul cel mai decliv al pungilor parodontale**
- D. Numarul de milimetri masurati intre jonctiunea smalt-cement si marginea gingivala
- E. Numarul de dinti cu mobilitate severa
(pag. 191)

19 Manifestarile clinice in gingivitele induse de placa bacteriana folosite ca elemente principale de diagnostic sunt:

- A. Disjunctia rapida a epiteliului jonctional si distructia osului alveolar
- B. Pierderea texturii de "gravura punctata" a gingiei**
- C. Prezenta bacteriilor din genurile Actinomyces si Fusobacterium
- D. Modificari de volum gingival**
- E. Cresterea valorilor prostaglandinelor si leucotrienelor

(pag. 191-193)

20 Mucoasa gingivala a bolnavilor tratati cu nifedipin si diltiazem prezinta:

- A. O matrice fibroasa bine dezvoltata, organizata sub forma unei retele de benzi groase de fibre de collagen**
- B. Noduli papilari de consistenta scazuta
- C. Zone de atrofie
- D. Aparitia unor fibroblasti cu aspect de miofibroblasti**
- E. Mitoza accentuata in corionul gingival**

(pag. 193)

Tema nr. 45

Clasificarea bolilor parodontiului marginal

Bibliografie asociata temei:

H.T. Dumitriu, Silvia Dumitriu, Anca Dumitriu - Parodontologie, Editura Viata Medicala Romaneasca, Bucuresti, 2009. pag. 205-219

*** 1 Parodontita distrofica este :**

- A. parodontita marginala cronica profunda rebela la tratament
- B. parodontita marginala cronica mixta**
- C. parodontita marginala agresiva rapid progresiva
- D. parodontita juvenila
- E. parodontita marginala cronica superficiala

(pag. 219)

*** 2 Urmatoarele medicamente au ca efect secundar gingivite hiperplazice:**

- A. cefalosporinele
- B. prednisonul
- C. metronidazolul
- D. alfablocantele
- E. hidantoina**

(pag. 218)

*** 3 Gingivita descuamativa face parte din:**

- A. parodontite agresive
- B. parodontite marginale cornice
- C. gingivite neinduse de placa bacteriana specifica**
- D. manifestari ale traumei ocluzale
- E. gingivite induse de placa bacteriana specifica

(pag. 218)

*** 4 Gingivita hiperplazica prin inflamatie microbiana face parte in clasificarea Catedrei de Parodontologie din Bucuresti din:**

- A. gingivite neinduse de placa bacteriana specifica
- B. gingivite induse de placa bacteriana specifica**
- C. tumori gingivo-parodontale
- D. parodontita distrofica
- E. gingivita alergica

(pag. 218)

*** 5 Dupa Carranza in parodontite intra urmatoarele afectiuni:**

- A. atrofia parodontala
- B. trauma ocluzala
- C. gingivita asociata cu dermatoze
- D. parodontita rapid progresiva a adultului**
- E. manifestari parodontale ale unor boli generale

(pag. 210)

6 In clasificarea lui F. Carranza gasim urmatoarele forme de imbolnavire:

- A. gingivite si parodontite**
- B. gingivite si parodontoame
- C. gingivite, parodontite si parodontoze
- D. gingivite, parodontite, trauma ocluzala, manifestari parodontale ale unor boli sistemice**
- E. parodontite, gingivite, parodontoze, parodontoame

(pag. 210)

7 Parodontita marginala cronica superficiala poate fi:

- A. inflamatorie
- B. de involutie precoce**
- C. hiperplazica**
- D. traumatica
- E. prepubertala

(pag. 219)

**8 Catedra de Parodontologie Bucuresti
clasifica gingivitele in:**

- ☒ A. gingivita cronica
 - B. gingivita de iritatie
 - ☒ C. gingivita alergica
 - ☒ D. gingivita hiperplazica prin inflamatie microbiana
 - ☒ E. gingivita din cursul unor stari fiziologice
- (pag. 218)

**9 Gingivite si gingivo-stomatite acute si
subacute sunt:**

- ☒ A. gingivo-stomatita herpetica
 - B. gingivita alergica
 - C. gingivo-stomatita de menopauza
 - D. gingivo-stomatita aftoasa recidivanta
 - ☒ E. gingivo-stomatita ulcero-necrotica
- (pag. 210)

10 Parodontitele la adulti pot fi:

- A. parodontita acuta juvenila
 - ☒ B. parodontita distrofica
 - ☒ C. parodontita marginala agresiva rapid progresiva
 - D. parodontita prepubertala precoce
 - ☒ E. parodontita ulcero-necrotica
- (pag. 210)

**11 Principalele forme de imbolnavire ale
parodontiului marginal sunt:**

- ☒ A. gingivite
 - ☒ B. atrofia parodontala
 - C. hiperplazia
 - ☒ D. parodontite
 - E. parodontoame
- (pag. 210)

12 Dupa Carranza clasele de parodontite sunt:

- ☒ A. parodontita lent-progresiva
 - B. parodontita ulcero-gangrenoasa
 - ☒ C. parodontita refractara la tratament
 - ☒ D. parodontita juvenila
 - ☒ E. parodontita rapid progresiva a adultului
- (pag. 210)

**13 Gingivitele simptomatice ,frecvent
hiperplazice apar in urmatoarele boli
sistemice:**

- ☒ A. diabet
 - B. TBC
 - ☒ C. carenta de vitamina C
 - D. hepatita B
 - ☒ E. boli hematologice
- (pag. 218)

**14 Gingivitele din cursul unor stari fiziologice
sunt:**

- ☒ A. gingivita de pubertate
 - B. gingivita de diabet
 - C. gingivita din carenta vitaminei C
 - ☒ D. gingivita de sarcina
 - ☒ E. gingivita de menopauza
- (pag. 218)

**15 JACCARD sustine in 1993 existenta unor
inflamatii incluzand:**

- A. atrofia presenila
 - ☒ B. gingivita pura
 - C. paradentitis
 - ☒ D. gingivita preparodontala
 - E. paradentosis
- (pag. 206)

16 Parodontita prepubertala este:

- A. parodontita juvenila
 - ☒ B. asociata cu leucemia
 - C. localizata si generalizata
 - ☒ D. asociata sindromului DOWN
 - ☒ E. asociata bolii CROHN
- (pag. 219)

17 Leziunile gingivale traumatice pot fi:

- ☒ A. fizice
 - ☒ B. chimice
 - C. din histoplasmoza
 - ☒ D. termice
 - E. din varicela
- (pag. 219)

**18 Bolile hematologice in care apar gingivite
sunt:**

- ☒ A. leucemii acute si cronice
 - ☒ B. anemii
 - ☒ C. trombocitopenii
 - ☒ D. agranulocitoza
 - E. diabet
- (pag. 218)

**19 Gingivite neinduse de placa bacteriana
specifica sunt:**

- A. gingivita hiperplazica prin cyclosporine
 - ☒ B. gingivita alergica
 - ☒ C. gingivita descuamativa
 - ☒ D. gingivita hiperplazica ereditara
 - E. gingivita hiperplazica prin antagonisti de calciu
- (pag. 218)

20 Parodontita marginala cronica poate fi:

- ☒ A. superficiala
- ☒ B. profunda lent progresiva
- C. prepubertala
- D. juvenila
- ☒ E. distrofica(mixta)

(pag. 219)

21 Bolile hematologice care se pot manifesta prin aparitia unei parodontite, regasite in clasificarea lui Armitage din 1999 sunt:

- A. Granulomatoza Wegener
- B. Boala granulomatoasa cronica
- ☒ C. Neutropenia dobandita
- D. Neutropenia familiala si ciclica
- ☒ E. Leucemii

(pag. 215)

22 Conform clasificarii lui Armitage din 1999 a bolilor parodontiului marginal, intre leziunile gingivale induse de placa bacteriana se regasesc:

- ☒ A. Gingivita ulcero-necrotica
- B. Gingivostomatita herpetica
- ☒ C. Gingivita asociata de sarcina
- ☒ D. Gingivita asociata de diabet
- ☒ E. Gingivita asociata de ciclul menstrual

(pag. 214)

23 In clasificarea Catedrei de Parodontologie din Bucuresti, intre parodontitele marginale cronice se regasesc:

- ☒ A. Parodontita marginala cronica lent progresiva
- B. Parodontita marginala agresiva rapid progresiva
- C. Parodontita juvenila generalizata
- ☒ D. Parodontita distrofica
- ☒ E. Parodontita marginala profunda ulcero-necrotica

(pag. 219)

24 Catedra de Parodontologie din Bucuresti clasifica gingivitele hiperplazice, ca efect secundar al unor medicamente, in:

- ☒ A. Gingivita hiperplazica prin hidantoina
- ☒ B. Gingivita hiperplazica prin antagonisti de calciu
- C. Gingivita din carenta vitaminei C
- ☒ D. Gingivita hiperplazica prin ciclosporine
- ☒ E. Gingivita prin utilizarea medicatiei contraceptive

(pag. 218)

Tema nr. 46

Forme clinice - simptomatologie in gingivite si parodontite marginale

Bibliografie asociata temei:

H.T. Dumitriu, Silvia Dumitriu, Anca Dumitriu - Parodontologie, Editura Viata Medicala Romaneasca, Bucuresti, 2009. pag. 221-280

*** 1 1.Simptomatologia gingivitei cronice se distinge prin:**

- A. Tablou clinic vast, care determina pacientul sa solicite consult stomatologic;
- B. Dureri intense, greu de tratat;
- ☒ C. Dureri discrete, suportabile, la periaj sau masticatie;
- D. Mobilitatea dentara este semnul de certitudine a gingivitei cronice;
- E. Existenta pungilor parodontale mai mari de 4 mm.;

(pag. 224)

*** 2 2.Gingivita de pubertate este o afectiune care:**

- A. Apare doar la fete;
- B. Are ca factor etiologic porphyromonas gingivalis;
- C. Nu dispare dupa perioada pubertara;
- ☒ D. Prezinta hiperplazie gingivala, frecvent vestibulara iar papila are aspect bulbos;
- E. Apare obligatoriu la varsta de 11-14 ani;

(pag. 225)

*** 3 Gingivita de sarcina are urmatoarele caracteristici:**

- ☒ A. Epiteliul gingival prezinta zone de hiperkeratoza care alterneaza cu zone ulcerate;
- B. Nu exista zone de segregatie intre celulele epiteliale;
- C. Gingia este edematiata dar nu se desprinde de pe dinte ;
- D. Culoarea este nemodificata, ci numai textura gingivala;
- E. Sangerarea este rar intalnita;

(pag. 228)

*** 4 Simptomatologia parodontitei juvenile prezinta urmatoarele caracteristici:**

- ☒ A. Mobilitate dentara patologica;
- B. Pungi parodontale false;
- C. Nu exista retractie gingivala;
- D. Sunt afectati in special caninii;
- E. Radiologic, nu sunt identificate modificari rezorbtive;

(pag. 257)

*** 5 Simptomatologia obiectiva in parodontita marginala cronica profunda lent progresiva este:**

- A. exista punji parodontale false;
- B. exista inflamatie discreta a marginii gingivale ;
- C. exista mobilitate dentara grad I-II;
- D. exista migrari dentare patologice, apar tremele si diastemele;**
- E. nu sunt afectate furcatiile;

(pag. 265)

6 Formele clinice ale gingivitelor cronice in functie de localizare si intindere pot fi:

- A. gingivita cronica propriu zisa;
- B. papilita;**
- C. gingivita marginala;**
- D. gingivita generalizata;**
- E. gingivita de sarcina;

(pag. 224)

7 Obiectiv in gingivita cronica intalnim:

- A. sangerare gingivala la atingere sau presiune;**
- B. punji adevarate;
- C. punji false;**
- D. marirea de volum a papilei si marginilor libere;**
- E. epiteliul jonctional este desprins de pe suprafata dintelui;

(pag. 224-225)

8 Gingivita hiperplazica prin inflamatie bacteriana este favorizata de urmatorii factori locali:

- A. lipsa utilizarii apei de gura;
- B. obturatii in exces sau cavitati carioase de colet;**
- C. contacte traumatice intre crosete sau marginile bazei protezei acrilice si gingie;**
- D. existenta unui epiteliu hiperkeratozic;
- E. impact alimentar direct in restaurarile care nu refac punctul de contact;**

(pag. 226)

9 Gingivita din carenta vitaminei C:

- A. apare prin mecanismul de scadere a chemotactismului leucocitar si a migratiei leucocitare;**
- B. apare prin cresterea sintezei de collagen;
- C. se caracterizeaza prin avulsii dentare nedureroase;**
- D. are ca simptome halena fetida;**
- E. manifestarile clinice nu sunt influentate de gradul de igiena;

(pag. 232)

10 In leucemia acuta mieloblastica, semnele clinice de la nivelul cavitatii bucale sunt:

- A. gingivoragii precoce;**
- B. papilele interdentare prezinta "aspect decapitat";
- C. ulceratii extrem de dureroase la atingere, disfagie;**
- D. trismusul apare precoce;
- E. hiperplazia gingivala are caracter extensiv, poate acoperi coroanele dentare in intregime**

(pag. 233-234)

11 Gingivita hiperplazica hidantoinica:

- A. apare la persoanele varstnice dupa tratamentul indelungat cu hidantoina;
- B. apare doar in prezenta placii bacteriene;
- C. hiperplazia evolueaza de la dimensiuni mici pana la acoperirea coroanelor dentare;**
- D. in zona de gingie fixa hiperplazia este mai redusa;**
- E. aspectul marginii gingivale este roz deschis, lobulata, nu sangereaza.**

(pag. 238)

12 Mecanismul de actiune asupra parodontiului marginala al antagonistilor de calciu este urmatorul:

- A. stimularea factorului de crestere epiteliala;**
- B. activarea acidului folic;**
- C. scade sinteza de proteine a fibroblastilor;
- D. sinteza intensa de collagen;**
- E. cresterea glicozaminoglicanilor sulfatati.**

(pag. 239)

13 Gingivostomatita ulcero-necrotica are ca factor etiologic:

- A. stafilococul aureus;
- B. spirochetele: treponema denticola;**
- C. se suspicioneaza etiologia virala;
- D. fuzobacterium nucleatum;**
- E. prevotella intermedia.**

(pag. 242)

14 Patognomonic pentru gingivostomatita ulceronecrotica poate fi:

- A. durere intensa la atingerea gingiei;
- B. halena fetida intensa;
- C. ulceratie crateriforma pe varful papilei interdentare, care se poate intinde pe marginea gingivala libera;**
- D. depozite pseudomembranoase care acopera ulceratiile;**
- E. aspectul papilelor si marginilor gingivale libere este crenelat.**

(pag. 243)

15 In gingivostomatita herpetica:

- A.** veziculele apar solitar sau grupat dupa o incubatie de 48-72 de ore;
- B.** veziculele pot fi diseminate pe gingie, mucoasa buzelor, valul palatin, istmul faringean;
- C. ulceratia nu se acopera cu cruste;
- D. ulceratia nu se infecteaza;
- E.** apar dificultati de masticatie, halena, adenopatie locoregionala.

(pag. 250)

16 In parodontita juvenila:

- A.** se cunoaste agentul etiologic, acesta fiind aggregatibacter actinomycetemcomitans;
- B. exista o inflamatie intensa evidenta clinic;
- C.** semnele clinice de imbolnavire sunt: mobilitate dentara patologica, punji parodontale adevarate, migrari ale incisivi;
- D.** poate aparea forma generalizata ;
- E. nu exista retractii gingivale.

(pag. 257)

17 La pacientii cu parodontita marginala cronica superficiala:

- A.** simptomatologia subiectiva este frecventa si consta in: prurit gingival, usturimi gingivale, jena dureroasa accentuata de periaj, sangerari;
- B.** simptomatologie obiectiva: culoare rosie violacee, tumefactie cu punji false, papila gingivala tumefiata;
- C.** radiologic exista demineralizare cu localizare diferita (sept alveolar, corticala interna);
- D. apar mobilitati dentare patologice;
- E. exista tulburari de masticatie.

(pag. 260-262)

18 Parodontita marginala cronica lent progresiva este o afectiune in care:

- A. apar pungile false la un numar mare de unitati dentare;
- B.** exista tulburari de fonatie pentru consoanele dentale datorita mobilitatii dentare si a diastemelor;
- C. rezorbtia osoasa nu afecteaza corticala interna;
- D.** apare retractia gingivala ca urmare a rezorbtiei osoase;
- E.** apare afectarea gingivo-osase a bifurcatiilor si trifurcatiilor;

(pag. 262-264)

19 In cazul infectarii cu HIV, la nivel bucal pot exista urmatoarele manifestari:

- A.** leziuni la nivelul limbii, cu scaderea sensibilitatii gustative;
- B.** leziuni ulceroase de tip herpetic, cu evolutie atipica si fara tendinta de vindecare;
- C. angiomatoza bacilara, cu manifestari de tipul bolii "ghearelor de pisica";
- D.** coloratii anormale, hiperpigmentatii ale mucoasei;
- E.** senzatia de arsura a intregii mucoase bucale si dificultate in a purta proteze.

(pag. 270-272)

20 Retractia gingivala apare in urmatoarele situatii:

- A. obiceiul vicios de sugere a policelui;
- B. utilizarea periutelor dentare rotative;
- C.** trauma ocluzala, bruxism;
- D.** malpozitii dentare, tractiune exercitata de frenuri, bride, insertii musculare;
- E.** trauma mecanica directa prin periaj intempestiv.

(pag. 275-276)

21 Argumentele care confirma interdependenta dintre structura pulpara si cea a parontului marginala, sunt urmatoarele:

- A.** existenta unor canalicule colaterale la nivelul radacinii dintilor, prin care trec anastomoze vasculare si conexiuni nervoase;
- B.** depuneri mari de dentina secundara la nivelul coletului dintilor in coditii de retractie gingivala;
- C. absenta degeneresentei fibroase si calcare la dintii parodontotici;
- D.** aparitia unor complicatii pulpare acute la dintii parodontotici;
- E. cresterea evidenta a cariilor pe dintii devitali.

(pag. 280)

*** 22 In parodontita marginala cronica profunda lent progresiva, obiectiv, apar:**

- A. Tulburari fizionomice consecutive migrarilor dentare patologice
- B.** Mobilitate patologica de gradul 2 sau 3
- C. Manifestari psihice anxios-obsesive exagerate
- D. Tulburari de fonatie
- E. Vasoconstrictie capilara cu caracter meiopragic

(pag. 262-264)

23 In gingivita de sarcina:

- A. Gingia este redusa de volum, atrofica
- B. Gingia este tumefiata, marita de volum**
- C. Frecvent gingia este acoperita de depozite fibrinoase**
- D. Sangerarea se produce la cele mai mici atingeri**
- E. Nu pot aparea pungi parodontale adevarate
(pag. 228-229)

24 Mecanismele prin care diabetul actioneaza asupra gingiei sunt:

- A. Tulburarea nivelului proteinelor serice
- B. Cresterea trigliceridelor si a colesterolului cu densitate mare**
- C. Cresterea bazicitatii tisulare
- D. Fragilitate vasculara si suferinte vasculare arteriale si venoase**
- E. Cresterea consumului de oxigen si a oxidarii glucozei
(pag. 230-231)

Tema nr. 47

Evolutie, prognostic si complicatii ale parodontopatiilor

Bibliografie asociata temei:

H.T. Dumitriu, Silvia Dumitriu, Anca Dumitriu - Parodontologie, Editura Viata Medicala Romaneasca, Bucuresti, 2009. pag. 283-286

*** 1 Parodontita marginala cronica profunda:**

- A. in forma rapid progresiva are o evolutie accelerata**
- B. prognosticul nu este legat de rezorbtia osoasa
- C. are ca simptomatologie mobilitate dentara grad I
- D. suprapunerea unor boli generale influenteaza decat foarte rar evolutia parodontitei marginale marginale cornice profunde.
- E. apare ocazional
(pag. 282)

*** 2 Complicatiile locale ale bolilor parodontale pot fi:**

- A. adenita
- B. rezorbtia osului alveolar
- C. septicemia
- D. abcesul parodontal marginal**
- E. abcesul cerebral
(pag. 283)

*** 3 Obiectiv, simptomatologia abcesului parodontal se manifesta prin:**

- A. Cariii dentare multiple
- B. Nu exista modificari osoase radiologice
- C. Exista o tumefactie circumscrisa, rotunda sau ovalara cu un diametru de pana la 1,5 cm.**
- D. Are o consistenta dura, ferma
- E. Percutia transversala este nedureroasa
(pag. 284)

*** 4 Hiperestezia dentinara**

- A. are mecanisme de producere necunoscute
- B. este remisa de aplicarea ultrasunetelor
- C. este declansata doar de alimente solide
- D. senzatia dureroasa apare la contactul cu agentii mecanici, termici, sau chimici**
- E. apare doar la stimulii termici
(pag. 285)

*** 5 Lacunele cuneiforme:**

- A. sunt consecinta cariilor de colet
- B. au forma rotunjita
- C. apar la dintii devitali
- D. sunt simptomatice pentru necrozele pulpare
- E. pot fi determinate de uzura cementului si a dentinei prin periaj excesiv**
(pag. 285)

6 Complicatiile locale ale parodontitei marginale cronice pot fi:

- A. gingivostomatita ulceronecrotica
- B. celulita
- C. abcesul parodontal marginal**
- D. pulpite acute retrograde sau laterograde**
- E. hiperestezie dentinara**
(pag. 283)

7 Abcesul parodontal marginal are urmatoarele caracteristici:

- A. este o complicatie a parodontitei marginale**
- B. este consecinta exacerbării virulentei germenilor care populeaza continutul pungii parodontale**
- C. nu are simptome subiective
- D. poate aparea ca urmare a unor manopere terapeutice gresite**
- E. este frecvent localizat vestibular**
(pag. 283)

8 Simptomatologia abcesului parodontal poate fi descrisa de:

- ☐ A. jena dureroasa la masticatie
- ☐ B. durere la atingerea suprafetei dentare cu un obiect metalic
- ☐ C. mobilitate dentara de grad III
- ☒ D. durerile pot iradia in zonele invecinate, simuland fenomene de otita
- ☒ E. tumefactie circumscrisa, rotunda sau ovalara (pag. 283)

9 Formele clinice ale abcesului parodontal marginal pot fi:

- ☒ A. abces parodontal marginal simplu, cand tumefactia se afla pe aceeaasi fata cu punga parodontala
- ☒ B. microabcese multiple
- ☒ C. abces serpiginos
- ☒ D. abces fistulizat
- ☐ E. poate mima gingivostomatita ulcero necrotica (pag. 283-284)

10 La examenul clinic al abcesului parodontal marginal se poate constata:

- ☒ A. adenopatia locoregionala
- ☒ B. celulita buzei superioarei daca abcesul este situat intre incisivii superiori
- ☐ C. consistenta abcesului vestibular si lingual este ferma
- ☐ D. percutie transversala ndeureroasa
- ☒ E. mucoasa acoperitoare este intinsa, lucioasa, rosie (pag. 284)

11 Mecanismele posibile de produce a hiperesteziei dentinare pot fi:

- ☒ A. stimularea directa a unor terminatii dentinare
- ☐ B. stimularea indirecta a unor terminatii dentinare
- ☒ C. stimularea prelungirilor odontoblastice din tubii dentinari
- ☐ D. stimularea nervoasa prin eliberarea unor hidrocoloizi
- ☒ E. stimularea formatiunilor nervoase ale pulpei, datorita mecanismelor hidrodinamice (pag. 285)

12 Hiperestezia dentinara se poate instala dupa:

- ☒ A. Retractii gingivale prin involutie
- ☒ B. detartraj
- ☐ C. efectuarea repetitiva de radiografii dentare
- ☐ D. sinuzita maxilara
- ☒ E. dupa interventii chirurgicale, in special gingivectomie (pag. 285)

13 Complicatiile loco regionale ale parodontitei marginale cornice pot fi:

- ☒ A. adenitele
- ☒ B. celulitele
- ☒ C. sinuzita maxilara
- ☐ D. septicemia
- ☐ E. colecistita in conditii de hipo sau anaclorhidie (pag. 286)

14 Parodontitele aplicale pe cale retrograda:

- ☒ A. pot aparea in forma acuta
- ☒ B. pot aparea in forma cronica
- ☒ C. radiologic prezinta rezorbtii osoase parcelare
- ☐ D. radiologic prezinta modificari osoase discrete
- ☐ E. clinic simptomatologia este redusa (pag. 286)

15 Prognosticul afectiunilor parodontale:

- ☒ A. este in stransa legatura cu rezorbtia osoasa
- ☒ B. este rezervat in mobilitatea dentara de grad III
- ☒ C. poate fi influentat de suprapunerea bolilor generale
- ☐ D. este nefavorabil indiferent de tratament in cazul parodontitei juvenile
- ☐ E. este nefavorabil si are criteriu de certitudine absoluta daca exista rezorbtie osoasa pe mai multe de doua suprafete radiculare (pag. 282)

16 Gingivitele cornice:

- ☐ A. evolueaza intotdeauna spre parodontita
- ☒ B. au evolutia marcata de perioade de exacerbari si remisuni
- ☒ C. sub actiunea factorilor favorizanti locali se poate produce evolutia spre parodontita marginala
- ☐ D. nu este influentata de tratamentul local
- ☒ E. la pacientii fumatori exista un risc crescut de evolutie spre parodontita marginala (pag. 282)

17 Semnele subiective descrise in simptomatologia abcesului parodontal marginal sunt:

- ☐ A. Mucoasa acoperitoare intinsa, lucioasa, rosie
- ☐ B. Tumefactie circumscrisa rotunda sau ovalara
- ☐ C. Resorbtia osului alveolar de dimensiuni si conformatii diferite
- ☒ D. Jena dureroasa la masticatie
- ☒ E. Mai rar dureri intense, chiar violente ce iradiaza in zone invecinate (pag. 283-284)

18 Hiperestezia suprafetelor radiculare:

- A.** Reprezinta o complicatie locala a bolii parodontale
- B.** Se poate instala dupa detartraj
- C.** Devine manifesta in cursul amprentarii campului protetic cu hidrocoloizi
- D.** Are ca posibil mecanism de producere stimularea nervoasa prin eliberarea unor polipeptide in cursul agresiunilor pulpei dentare
- E. Dispare la contactul cu peria de dinti sau cu un instrument metalic

(pag. 285)

19 In formarea lacunelor cuneiforme pot avea rol:

- A. Tratamentul cu antagonisti de calciu
- B.** Trauma ocluzala
- C.** Periajul excesiv
- D.** Eroziunea chimica acida
- E.** Stresul si distonia neurovegetativa

(pag. 285)

Tema nr. 48

Tratamentul gingivitelor si parodontopatiilor marginale

Bibliografie asociata temei:

H.T. Dumitriu, Silvia Dumitriu, Anca Dumitriu - Parodontologie, Editura Viata Medicala Romaneasca, Bucuresti, 2009. pag. 288-374

* 1 Secventierea corecta pentru etapele principale de tratament ale gingivitelor si parodontitelor este urmatoarea:

- A. igienizarea facuta de medic, depistarea si indepartarea factorilor iatrogeni, tratamentul medicamentos antimicrobian, restaurarea protetica, reducerea exudatului inflamator
- B. efectuarea tratamentelor ortodontice, tratamentele de bioreactivare, detartraj supragingival, subgingival, suprimarea chirurgicala propriu-zisa a focarelor;
- C. reducerea exudatului inflamator prin tratament antimicrobian, slefuiri ocluzale, imobilizarea dintilor parodontotici, instruirea pacientilor pentru insusirea unui sistem de igienizare
- D.** tratamentul complicatiilor acute, igieniarea efectuata de medic, instruirea pacientilor pentru insusirea metodelor de igienizare, depistarea si indepartarea factorilor iatrogeni, tratamentul medicamentos antimicrobian, suprimarea chirurgicala a focarelor inflamatorii, slefuiri ocluzale, restaurare protetica.
- E. tratamentul de bioreactivare, slefuiri ocluzale, restaurarea morfologiei dentare, tratament medicamentos antimicrobian, detartraj supragingival si subgingival

(pag. 290)

* 2 Igienizarea:

- A. poate fi un ansamblu de actiuni terapeutice, in principal chirurgicale
- B.** poate reprezenta actiunile de indepartare a placii bacteriene, tartrului supra- si subgingival, a detritusului organic din santul gingival
- C. nu cuprinde manoperele de tratare a cariilor, extractii de resturi radiculare
- D. consta in tratament de vaccinare si bioreactivare
- E. se refera numai la periajul gingivodentar si folosirea mijloacelor secundare de intretinere a igienei.

(pag. 292)

* 3 Timpul de periaj:

- A. este acelasi la toate persoanele
- B. dureaza 1-3 minute
- C.** dureaza 3-5 minute
- D. dureaza suficient de mult, pana la 10 minute, pentru a efectua un periaj complet
- E. dureaza 20-30 secunde daca se foloseste o periuta electrica rotativa

(pag. 295)

* 4 Pentru chiuretajul manual radicular al incisivilor inferiori, se utilizeaza:

- A. secera
- B. daltita
- C. chiurete Gracey numarul 9/10 si 11/12
- D.** chiurete Gracey numarul 1/2 si 3/4
- E. insertul ultrasonic

(pag. 315)

* 5 Aparatele ultrasonice piezoelectrice folosesc o frecventa de :

- A.** 25.000 – 50.000 cilci pe secunda
- B. 15.000 – 40.000 cicli pe secunda
- C. 7.000 – 20.000 cilci pe secunda
- D. 10.000 – 30.000 cicli pe secunda
- E. 40.000 – 50.000 cilcii pe secunda

(pag. 323)

6 Tipul de tratament care se adreseaza bolii parodontale trebuie sa fie:

- A.** precoce avand sanse de succes mari
- B.** sustinut de proceduri succesive
- C.** complex si diversificat
- D. dupa un protocol fix la toti pacientii
- E. exclusiv local

(pag. 288)

7 Igienizarea realizata de catre pacient cuprinde:

- A. debridare gingivala
- B. indepartarea placii bacteriene prin periaj gingivodentar**
- C. aplicarea mijloacelor secundare de intretinere a igienei bucale**
- D. aplicarea unor substante cu actiune antimicrobiana si antiinflamatorie**
- E. extractia dintilor parodontotici

(pag. 291-292)

8 Afirmatiile corecte despre detartraj sunt urmatoarele:

- A. una dintre cele mai importante proceduri ale tratamentului bolii parodontale**
- B. este o manopera care se realizeaza ocazional
- C. este o manopera sangeranda**
- D. detartrajul supragingival se realizeaza cu seceri, chiurete de detartraj, ultrasunete**
- E. detartrajul manual nu se mai realizeaza azi datorita riscului crescut de derapaj si avulsie dentara

(pag. 206)

9 Chiuretele Gracey:

- A. sunt chiurete speciale**
- B. sunt active in anumite zone si suprafete radiculare fiind codificate anume in acest scop**
- C. chiuretele Gracey numarul 13/14 se utilizeaza pentru suprafetele distale ale dintilor laterali;**
- D. exista chiurete Gracey numite "peste sapte" care permit instrumentarea in pungile mai adanci de 7mm;
- E. sunt mai putin eficiente decat chiuretele universale

(pag. 314-315)

10 Chiuretajul radicular:

- A. se realizeaza cu ajutorul chiuretelor universale
- B. partea activa actioneaza la un unghi de 300-450
- C. partea activa actioneaza la un unghi de 450-900**
- D. instrumentul se aplica cu presiuni laterale mari si actioneaza prin impingere spre apical
- E. se fac miscari orizontale si oblice**

(pag. 230)

11 Detartrajul cu ultrasunete:

- A. este o manopera care foloseste efectul magnetostriktiv;**
- B. este o manopera care foloseste efectul piezoelectric;**
- C. poate inlocui in totalitate detartrajul manual;
- D. deplasarea varfului insertului dispozitivului piezoelectric, se realizeaza in engrama circulara;
- E. are efect benefic datorita producerii fenomenului de cavitate;**

(pag. 322-323)

12 Detartrajul cu ultrasunete este contraindicat la:

- A. gravide
- B. pacienti cu boli infectioase, contagioase;**
- C. pacienti cu gingivostomatita ulceronectrotica;
- D. hiperestezie dentinara;**
- E. bolnavi hemoilici;

(pag. 375)

13 Clorhexidina este antisepticul care:

- A. are o incarcare catiionica puternica ce altereaza permeabilitatea peretelui celular;**
- B. se ataseaza pe glicoproteinele salivare reducand formarea placii bacteriene;**
- C. are timp de actiune de 5 ore;
- D. actioneaza mai eficient impotriva germenilor gram negativ;
- E. poate fi folosit sub forma de solutie, geluri, membrane de geloza;**

(pag. 328-329)

14 Efectele secundare ale utilizarii clorhexidinei sunt:

- A. scade depunerea de tartru;
- B. colorarea in galben-maroniu a dintilor, obturatiilor fizionomice;**
- C. modificarea tranzitorie a senzatiei gustative;**
- D. posibile iritatii si descuamari**
- E. in timp dezvolta rezistenta din partea organismelor bucale;

(pag. 329-330)

15 Fluorurile pot fi folosite impotriva placii bacteriene deoarece studiile in vitro au aratat ca:

- A.** produc inactivarea unor enzime microbiene
- B. stimuleaza formarea substratului polizaharidic al placii bacteriene
- C. se produce cresterea abilitatii hidroxiapatitei pentru fixarea proteinelor;
- D.** se produce diminuarea energiei de suprafata a smaltului actionand ca agenti tensioactivi
- E. fluorura de sodiu produce activarea enzimelor microbiene

(pag. 331)

16 Prezenta unei papile interdentare inflamate in vecinatatea unui proces carios impune urmatoarea atitudine terapeutica:

- A.** papilele hiperplazice, burjonate se excizeaza chirurgical sau prin electrocauterizare;
- B. papilele hiperplazice burjonate se trateaza doar cu antimicrobiene locale, datorita riscului de combustie necontrolata a tesuturilor;
- C. se poate face obturatie definitiva a cavitatii inainte de reducerea inflamatiei de vecinatate;
- D. se recomanda numai folosirea de mese cu clorura de zinc 20%;
- E.** dupa remiterea inflamatiei, pentru cavitatile de clasa a 2-a se recomanda bizotarea pragului gingival, aplicarea matricei si a penei interdentare;

(pag. 335)

17 Substantele medicamentoase cu eliberare lenta care pot fi aplicate subgingival sunt:

- A.** tetraciclina
- B.** metronidazolul
- C. acidul citric;
- D. EDTA (acid etildiaminotetraacetic);
- E.** clorhexidina;

(pag. 342)

18 Administrarea tetraciclinei in tratamentul parodontitelor marginale cronice este benefica deoarece:

- A.** determina la nivel bacterian inhibarea sintezei de proteine;
- B.** are actiune anticolagenolitica;
- C. stimuleaza rezorbtia osului alveolar;
- D.** se concentreaza in lichidul santului gingival avand valori mai mari decat cele serice;
- E. actioneaza local prin mecanisme de fixare a proteinelor

(pag. 248-249)

19 Principalii glucocorticoizi folositi in practica stomatologica sunt:

- A.** hidro cortizon acetat;
- B.** prednison;
- C. amantadina;
- D. romazulan;
- E.** dexametazona;

(pag. 361)

20 In tratamentul parodontopatiilor marginale cronice, produsele imunologice actioneaza prin urmatoarele mecanisme:

- A. scaderea clearance-ului bacterian al macrofagelor;
- B. scaderea valorii complementului seric;
- C.** cresterea valorii complementului seric;
- D.** cresterea rezistentei antiinfecioase;
- E.** formarea de anticorpi aglutinanti specifici fata de germenii din preparatul imunologic;

(pag. 365)

*** 21 In boala parodontala, igienizarea:**

- A. Reprezinta un ansamblu de actiuni terapeutice, in principal nechirurgicale de indepartare a pungilor parodontale
- B. Se realizeaza ca adjuvant al procedurilor chirurgicale ale tratamentului initial
- C.** Se poate extinde si prin tratamentul cariilor si extractia resturilor radiculare nerecuperabile
- D. Se face numai de catre pacient
- E. Nu se completeaza cu aplicarea de substante antimicrobiene

(pag. 291-292)

22 Caracterul complex al bolii parodontale impune un tratament:

- A.** Complex, realizat prin proceduri multiple
- B.** Instituit precoce, in fazele de inceput ale bolii, cand sansele de reusita sunt cele mai bune
- C. Dupa o schema fixa, rigida, care nu poate fi schimbata in functie de evolutia ulterioara a bolii
- D.** Sustinut de proceduri succesive, proprii leziunilor specifice procesului de imbolnavire
- E.** Intensiv, asa incat diferitele proceduri terapeutice trebuie sa se succeda la intervale de timp necesare

(pag. 288-289)

23 In periajul dentar cu perii de dinti actionate electric, se produc urmatoarele tipuri de deplasari ale partii active a periei:

- A.** Miscari de rotatie completa a partii active
 - B. Deplasari verticale prin miscare rectilinie alternativa
 - C.** Deplasari combinate de tip oscilatoriu si prin miscare rectilinie alternativa
 - D.** Deplasari orizontale printr-o miscare rectilinie alternativa (dus-intors)
 - E.** Deplasari oscilatorii in arc de circa 60 de grade de la gingia fixa spre ocluzal sau incizal si inapoi
- (pag. 300)

Tema nr. 49

Imobilizarea dintilor parodontotici

Bibliografie asociata temei:

H.T. Dumitriu, Silvia Dumitriu, Anca Dumitriu - Parodontologie, Editura Viata Medicala Romaneasca, Bucuresti, 2009. pag. 427-461

*** 1 Imobilizarea dintilor parodontotici:**

- A. este in general ineficienta;
 - B. necesita mijloace complicate de realizare;
 - C. se realizeaza cu un numar redus de sisteme;
 - D.** permite o reechilibrare functionala;
 - E. nu confera stabilitate si rezistenta fata de fortele transversale;
- (pag. 427)

*** 2 Devitalizarea are o influenta favorabila asupra parodontiului deoarece:**

- A.** se realizeaza scoaterea din circuitul vascular a unei zone de staza;
 - B. se altereaza dinamica vasculara in zona parodontala;
 - C. se produce ingrosarea peretelui vascular;
 - D. permite aplicarea sistemelor de tip atela pentru imobilizarea extracoronara;
 - E. favorizeaza aplicarea sistemelor din incrustatii cu pivoturi parapulpare izodromice;
- (pag. 434-458)

*** 3 Pentru mentinerea dintilor care marginesc bresele edentate in vederea cuprinderii in suportul dento-parodontal al protezei se recomanda:**

- A. solidarizarea tuturor dintilor restanti
 - B. solidarizarea premolarului 2 cu incisivul central in edentatiile fronto-laterale;
 - C.** solidarizarea celor 2 premolari in edentatiile terminale;
 - D. obligatoriu pulpectomie si ancoraj intrapulpar;
 - E. toti dintii mobili se extrag;
- (pag. 436)

*** 4 Imobilizarea temporara este un procedeu terapeutic care:**

- A. se realizeaza cu ajutorul unor sisteme costisitoare;
 - B. foloseste dispozitive care se confectioneaza in laboratorul de tehnica dentara
 - C.** urmareste potentialul de vindecare a parodontiului marginal;
 - D. asigura mentinerea pentru un timp limitat, aproximativ 1 an-1/2 ani;
 - E. nu poate asigura o fizionomie rezonabila;
- (pag. 441)

*** 5 Imobilizarea permanenta prin mijloace fixe, realizate in laboratorul de tehnica dentara se fixeaza cu ajutorul urmatoarelor dispozitive:**

- A. pivoturi fixate in cilindrii cu fund orb;
 - B.** coroane metalice totale sau partiale, reunite;
 - C. coroane partiale fixate printr-o sina orala cu pivoturi (atela STEIGER);
 - D. sistemul Adler;
 - E. dispozitive cu gherute incizale;
- (pag. 456-459)

6 Principiile biologice pe care trebuie sa le respecte imobilizarile, sunt:

- A.** sa permita o buna intretinere prin autocuratare si igiena artificiala;
 - B.** sa nu afecteze starea de vitalitate a pulpei dentare;
 - C. sa exercite efecte ortodontice;
 - D.** sa nu genereze traume ocluzale
 - E. sa reconfigureze ambrazura cervicala;
- (pag. 431-432)

7 Principiile de imobilizare a dintilor parodontotici, sunt:

- A. nu se solidarizeaza niciodata toti dintii restanti;
 - B.** angrenarea multidirectionala a dintilor mobili intr-un bloc, care sa se opuna fortelor paraaxiale;
 - C.** extinderea maxima este cel mai complet mijloc de imobilizare;
 - D. angrenarea dintilor mobili se face cat mai departe de marginea incizala;
 - E.** plasarea dispozitivului de imobilizare nu trebuie sa interfereze cu punctele de contact;
- (pag. 431-432)

8 Efectuarea pulpectomiei la dintii parodontotici permite:

- A.** prevenirea infectarii retrograde si laterograde la dintii cu rezorbtie osoasa avansata;
- B.** ofera solutii pentru ancorarea intraradiculara a sistemelor de imobilizare;
- C.** evitarea complicatiilor la dintii cu procese carioase mari, vechi;
- D. aplicarea facila a anterior si posterior splint grid;
- E. configurarea si aplicarea unei atele de 4-5 mm latime si 0,2 mm grosime;

(pag. 435)

9 Dintii pe care se pot aplica sistemele de imobilizare trebuie sa:

- A.** sa aiba deplasare a marginii incizale mai mica de 2 mm in sens vestibulooral;
- B. aiba o mobilitate de grad II si III;
- C. aiba o mobilitate mica, posibil traumatism ocluzal si sa fie limitanti bresei edentate;
- D.** aiba un grad de rezorbtie osoasa a septurilor alveolare mai mic de 2/3;
- E. aiba mobilitate mica si exudat purulent care nu cedeaza la tratament;

(pag. 437)

10 Aplicarea imobilizarii pe dintii parodontotici, se poate institui:

- A.** inaintea efectuarii tratamentului medicamentos sau chirurgical;
- B.** dupa efectuarea tratamentului medicamentos sau chirurgical;
- C. nu se face niciodata inaintea tratamentului chirurgical;
- D. la 6 luni dupa tratamentul chirurgical;
- E.** dupa tratamentul chirurgical daca mobilitatea este medie sau mica;

(pag. 438-439)

11 Imobilizarea temporara a dintilor parodontotici poate fi:

- A.** continua;
- B.** discontinua;
- C.** provizorie de scurta durata;
- D.** semipermanenta
- E. realizata doar in laboratorul de tehnica dentara;

(pag. 441-442)

12 Imobilizarea permanenta:

- A. poate fi realizata doar in cabinetul stomatologic;
- B.** se poate ancora intracoronar;
- C.** se poate ancora pericoronar;
- D. nu poate fi realizata decat dupa devitalizare;
- E.** poate fi realizata cu ajutorul coroanelor telescopice;

(pag. 452, 459)

13 Sistemele extracoronare temporare:

- A.** se pot realiza in timp scurt
- B. nu se deformeaza;
- C. protejeaza papila gingivala;
- D.** se constituie dintr-o terapie rationala;
- E.** au rezistenta si durabilitate scazuta;

(pag. 459)

14 Sistemele intracoronare:

- A. sunt mai putin durabile decat cele extracoronare;
- B.** necesita slefuiri dentare;
- C. folosesc materiale scumpe;
- D. pot produce leziuni ale papilei gingivale;
- E.** pot produce leziuni ale pulpei dentare;

(pag. 460)

15 Sistemele pericoronare:

- A. au dezavantajul ca nu refac rapoartele ocluzale;
- B.** permit inlocuirea dintilor lipsa
- C. permit protejarea papilei gingivale
- D. preiau fortele masticatorii in plan transversal;
- E.** acopera in intregime dintii imobilizati;

(pag. 460)

16 Imobilizarea permanenta:

- A. se poate realiza inaintea inceperii tratamentului complex al bolii parodontale;
- B. se bazeaza pe efectuarea unor ligaturi complexe;
- C.** durata este conditionata de prognosticul bolii;
- D.** este dependenta de situatia clinica;
- E. se prefera imobilizarile din compozit in detrimentul celor din materiale scumpe efectuate in laboratorul de tehnica dentara;

(pag. 460)

17 Imobilizarea dintilor parodontotici:

- A. are eficienta foarte buna si opreste procesul evolutiv al bolii;
- B. nu reduce mobilitatea dentara decat in cazuri izolate;
- C.** trebuie realizata dupa criteriile radiologice si clinice ale afectiunii;
- D. este eficienta doar daca se realizeaza dupa o interventie chirurgicala de tip "operatie cu lambou";
- E.** in conditii de analiza complexa a starii generale si a administrarii tratamentelor adjuvante locale si generale, permite sansa opririi din evolutie a bolii parodontale;

(pag. 461)

*** 18 Pot fi mentinuti pe arcada in vederea imobilizarii:**

- A. Dintii frontali a caror deplasare totala vestibulo-orală a marginii incizale este mai mare sau egala cu 2 milimetri
- B.** Dintii a caror rezorbtie osoasa nu depaseste 2/3 din inaltimea septurilor alveolare, dar numai in conditiile unui tratament complex
- C. Dintii laterali cu mobilitate de gradul 2 spre 3
- D. Dintii limitanti ai unei brese edentate cu rezorbtie osoasa mai redusa, daca mobilitatea rezulta dintr-o trauma ocluzala
- E. Dintii limitanti ai unei brese edentate cu rezorbtie osoasa mai redusa, daca mobilitatea rezulta dintr-o inflamatie cu exudat purulent care nu a cedat la tratament medicamentos si chirurgical

(pag. 437)

19 Pentru a obtine economie de forta si rezistenta maxima in imobilizarea dintilor parodontotici:

- A.** Angrenarea dintilor mobili trebuie sa se realizeze cat mai aproape de marginea incizala sau suprafata ocluzala
- B.** Fixarea dintilor trebuie sa se faca la extremitatea bratului fortei cu cea mai mare lungime
- C. Fixarea dintilor trebuie sa se faca cat mai aproape de axul de rotatie al dintilor
- D. Angrenarea dintilor trebuie sa se faca cat mai departe de marginea incizala sau suprafata ocluzala
- E.** Angrenarea dintilor trebuie sa se realizeze cat mai departe de axul de rotatie al dintilor

(pag. 431)

20 In functie de extinderea sistemelor de imobilizare, acestea pot fi:

- A. Imobilizari dento-dentare
- B.** Imobilizari bidentare si pluridentare
- C.** Imobilizari partiale
- D.** Imobilizari totale
- E. Imobilizari dento-maxilare

(pag. 440)

Tema nr. 50

Orientari terapeutice principale si scheme de tratament in gingivite si parodontite

Bibliografie asociata temei:

H.T. Dumitriu, Silvia Dumitriu, Anca Dumitriu - Parodontologie, Editura Viata Medicala Romaneasca, Bucuresti, 2009. pag. 465-477

*** 1 Tratamentul in gingivita hiperplazica prin inflamatie microbiana consta in:**

- A. aplicarea unei solutii de ZnCl₂ concentratie 30%;
- B. aplicarea unei combinatii de antiseptice prin badijonaj si aplicare de mese;
- C. indepartarea obturatiilor in exces;
- D.** operatie cu lambou si excizia gingiei fibromatoase;
- E. aplicarea de extracte vegetale, in sedinte scurte cu schimbarea pozitiei de lucru;

(pag. 466)

*** 2 Tratamentul gingivitei de sarcina comporta urmatoarele recomandari:**

- A. evitarea manoperelor de igienizare in primele doua trimestre de sarcina;
- B. excizia chirurgicala imediata a hiperplaziei gingivale;
- C. gingivectomie gingivoplastica;
- D. stabilirea exacta a diagnosticului precoce in primele saptamani si confirmarea radiologica a acestuia;
- E.** aplicatii locale de perhidrol;

(pag. 466)

*** 3 Tratamentul de urgenta al gingivostomatitei ulceronecrotice consta in:**

- A. detartraj minutios cu ultrasunete si chiurete Gracey, atat supragingival cat si subgingival;
- B. administrarea imediata de Acyclovir;
- C.** aplicarea locala de colutorii complexe cu antibiotice, corticosteroizi, antihistaminice;
- D. evitarea indepartarii depozitelor de fibrina, astfel incat sa nu expunem leziunile ulcerose.
- E. aplicare de solutie orala 0,1 % maleat de dimetinden- Fenistil, care amendeaza rapid manifestarile acute.

(pag. 469)

*** 4 Tratamentul retractiilor gingivale consta in:**

- A. chiuretaj in punji false;
- B.** operatia cu lambou deplasat coronar, cu si fara utilizarea derivatilor de matrice a smaltului;
- C. operatie cu lambou deplasat apical;
- D. gingivectomie;
- E. extractie sau amputatie radiculara;

(pag. 473)

*** 5 Tratamentul abcesului marginal impune:**

- A. excizie chirurgicala datorita tendintei crescute de recidiva;
- B. operatie cu lambou in accesul simplu al monoradicularilor;
- C.** indepartarea exudatului purulent prin spalare abundenta cu solutii antiseptice;
- D. utilizarea procedurilor de bioreactivare tisulara;
- E. utilizarea procedurilor de aplicare a luminii polarizate sau a laserului terapeutic;

(pag. 475)

6 Tratamentul in gingivita cronica simpla, necomplicata consta in:

- A.** detartraj si debridare gingivala;
- B.** aplicarea dupa detartraj a unor substante antimicrobiene prin badijonaj sau aplicare de mese;
- C.** tratamentul bolilor generale asociate;
- D. chiuretajul mecanic al peretului gingival se evita la maximum, existand riscul crescut al afectarii insertiei epiteliale;
- E. administrarea unor vaccinuri de tip "vaccin stafilococic";

(pag. 465)

7 Tratamentul gingivitei de pubertate se realizeaza astfel:

- A.** indepartarea acumularilor de palca;
- B.** este indicata incizia hiperplaziilor gingivale;
- C.** detartraj si debridare gingivala;
- D. se recomanda amanarea interventiilor chirurgicale pana la finalizarea procesului de crestere;
- E. aplicare locala de produse tipizate cu triamcinolon de 3 ori pe zi;

(pag. 466)

8 In cazul gingivitelor hiperplazice medicamentoase trebuie aplicat urmatorul protocol de tratament:

- A. intreruperea imediata a medicatiei cu antagonisti de calciu;
- B. se evita excizarea hiperplaziilor;
- C.** gingivectomie urmata de chiuretaj al tesutului de granulat;
- D.** aplicatii de solutii antiseptice si colutorii cu antibiotice;
- E.** se pot cauteriza microburjoanele gingivale persistente;

(pag. 467-468)

9 In cazul hiperplaziilor hidantoinice se impun urmatoarele masuri:

- A.** colaborarea cu medicul specialist pentru ajustarea dozei de hidantoina;
- B. administrarea obligatorie de azatioprina in tipul manoperelor stomatologice;
- C.** daca se declanseaza o criza epileptica, se administreaza diazepam;
- D. nu se vor aplica niciodata proceduri chirurgicale;
- E.** evitarea medicatiei de tipul antidepresivelor triciclice;

(pag. 468)

10 Etapele de tratament in gingivostomatita ulceronecrotica sunt urmatoarele:

- A.** tratament de urgenta;
- B.** tratament de eliminare a factorilor favorizanti;
- C. tratament final de evaluare a rezultatelor;
- D.** tratament definitiv de prevenire a recidivelor;
- E. tratament antibiotic de lunga durata;

(pag. 469)

11 Tratamentul pericoronaritelor:

- A.** poate fi preventiv;
- B. poate fi doar chirurgical;
- C.** poate fi curativ;
- D.** necesita administrarea de antibiotice in caz de trismus si adenopatie;
- E. consta in aplicatii de geluri adezive ce contin corticoizi;

(pag. 471)

12 Tratamentul gingivostomatitei herpetice se realizeaza cu ajutorul:

- A.** spalaturi cu solutii de cloramina 3 la %, permanganat de potasiu 1/5.000 – 1/10.000, solutie Romazulan;
- B. aplicatii cu orthocrome;
- C. se administreaza Prednison in doza de 1g/ zi
- D.** unguente cu tetraciclina, Negamicin B;
- E.** imunoprofilaxia specifica administrand vaccin antiherpetic;

(pag. 471)

13 Tratamentul gingivostomatitelor micotice:

- A.** se adreseaza formelor acute sau cronice;
- B.** necesita utilizarea sutiilor de bicarbonat de sodiu 10%;
- C. se realizeaza cu Rodilemid , injectabil
- D.** este eficient atunci cand se administreaza suspensie de Nistatin sau drajeuri de Stamicin;
- E.** amfotericina B poate fi utilizata dar are un grad crescut de toxicitate;

(pag. 473)

14 Tratamentul parodontitei juvenile consta in:

- A. reechilibrare ocluzala;
- B.** debridare gingivala, detartraj;
- C.** tratament antimicrobian (Augumentin)
- D.** chiuretaj subgingival, operatie cu lambou, extractia dintilor nerecuperabili;
- E. bioterapie de reactivare;

(pag. 472)

15 Parodontita marginala agresiva, rapid progresiva, are urmatoarele etape de tratament:

- A.** debridare gingivala, detartraj;
- B. operatia cu lambou repozitionat apical;
- C.** tratament antimicrobian local si general in formele profunde si rebele;
- D. tratamentul se adreseaza predominant afectiunilor generale suprapuse;
- E.** tratament chirurgical;

(pag. 472-473)

16 Afirmatiile corecte cu privire la tratamentul tumorilor gingivale sunt:

- A.** formatiunile chistice ale nou nascutilor nu necesita tratament chirurgical;
- B. chistul odontogen nu recidiveaza dupa incizie;
- C. chisturile parodontale, fibromul si papilomul nu se excizeaza;
- D.** chisturile parodontale, fibromul si papilomul se excizeaza;
- E.** dupa excizia granulomului eozinofil, se efectueaza obligatoriu radioterapie;

(pag. 474-475)

17 Tratamentul hiperesteziei dentinare poate consta in:

- A. impregnari cu ferocianura de sodiu, solutie 1%;
- B.** impregnari cu ferocianura de potasiu solutie 20%;
- C.** aplicatii locale de fluorura de sodiu cu caolin si glicerina (Nafestezina);
- D.** fulguratii cu aparatul de diateremie;
- E. aplicatii cu hidroxid de calciu urmate de un efect foarte rapid;

(pag. 475-476)

18 Pentru expunerea furcatiilor de grad I, tratamentele recomandate sunt urmatoarele:

- A.** debridare gingivala, detartraj;
- B. premolarizare;
- C. amputatie radiculara;
- D.** chiuretaj subgingival;
- E.** gingivectomie;

(pag. 476)

19 Tratamentele care pot fi efectuate in cazul expunerii de grad III si IV a bifurcaiiilor si trifurcatiilor dintilor laterali, sunt urmatoarele:

- A. biostimulare, bioreactivare;
- B. chiuretaj in camp inchis;
- C.** premolarizare;
- D.** amputatie radiculara;
- E.** extractie;

(pag. 477)

20 Pastele de dinti cu actiune desensibilizanta contin urmatoarele substante:

- A.** clorura de strontiu;
- B.** nitrat de potasiu;
- C.** citrat de sodiu;
- D.** formalina;
- E. hidroxiapatita neporoasa;

(pag. 476)

*** 21 Tratamentul definitiv, de prevenire a recidivelor în gingivostomatitele ulcero-necrotice presupune:**

- A. Spalături bucale largi, efectuate des
- B. Dislocarea blocurilor mari de tartru de preferință prin detartraj cu ultrasunete
- C. Aplicarea locală de colutorii complexe cu antibiotice, corticosteroizi, antihistaminice, antibiotice, anestezice de contact

- D.** Extractia resturilor radiculare nerecuperabile
- E. Administrarea de antibiotice pe cale generală
(pag. 469-470)

22 În cazul tratamentului gingivitelor hiperplazice hidantoinice, la bolnavii cu epilepsie se impun unele măsuri particulare:

- A. Colaborarea cu medicul specialist pentru oprirea tratamentului cu hidantoină și evitarea medicației sedativ-hipnotice
- B. Pot fi menținute eventualele aparate ortodontice în cursul tratamentului medicamentos și chirurgical

- C.** Asigurarea unui mediu de liniște, confort, încredere
- D.** Evitarea unei iluminări stridente care poate declanșa o criză epileptică
- E.** În cazul declanșării unei crize epileptice, pacientul va fi ferit de lovirea de elementele dure din jur

(pag. 468)

23 Tratamentul curativ al pericoronaritelor cuprinde:

- A. Drenajul endodontic al molarului de minte incomplet erupt
- B.** Spalături antiseptice abundente și dese
- C.** Instilații de colutorii complexe cu antibiotice
- D.** Aplicarea unui dren din masele iodoformate așanate sub capșonul de mucoasă care se menține 24 de ore
- E.** Administrarea pe cale generală de antibiotice în stări febrile și subfebrile

(pag. 470)

Tema nr. 51

Ocluzia dentară

Bibliografie asociată temei:

N. Forna (coordonator), C. De Baat, D. Bratu, V. Mercut, Al. Petre, S. Plopsor, T. Traistaru - *Protetica dentară Vol. I, Editura Enciclopedică, București, 2011.*

pag. 25-76

*** 1 Față de ce reper cranio-facial planul de ocluzie se situează într-o poziție bine precizată:**

- A. Planul Dreyfus
- B. Planul facial
- C.** Planul Camper
- D. Planul Mc Namara
- E. Planul Simon

(pag. 28)

*** 2 Un plan de ocluzie funcțional și în același timp estetic are ca punct de reper posterior punctul:**

- A. Prosthion
- B.** Punctul Xi
- C. Sellae
- D. Gnathion
- E. Infradentale

(pag. 29)

*** 3 Imaginea ariei limită a cinematicii mandibulare în plan sagital îmbracă forma unei figuri geometrice consacrată în literatura gnatologică sub denumirea:**

- A. Conul lui Guichet
- B.** Diagrama lui Posselt
- C. Triunghiul lui Mario Spirgi
- D. Sfera lui Manson
- E. Triunghiul curbei transversale

(pag. 58)

*** 4 Articulațiile utilizează ca referință:**

- A. Planul Camper
- B. Planul bazal mandibular
- C. Planul Simon
- D. Planul Dreyfus
- E.** Planul Frankfurt

(pag. 28)

*** 5 Cuspizii de ghidaj îndeplinesc rolul următor:**

- A. Anulează componentele verticale ale forțelor ocluzale
 - B. Prin versanții lor asigură conducerea mandibulei în mișcarea de protruzie
 - C. Anulează componentele orizontale ale forțelor ocluzale**
 - D. Mențin dimensiunea verticală de ocluzie
 - E. Participă efectiv la realizarea stopurilor ocluzale
- (pag. 44)

*** 6 În poziția fiziologică de postură între arcadele dentare se poate evidenția o ușoară inocluzie cunoscută în literatura protetică sub denumirea:**

- A. Long centric
- B. Freeway space**
- C. Wide centric
- D. Point centric
- E. Freedom centric

(pag. 44)

7 Față de ce repere cranio-faciale planul de ocluzie se situează într-o poziție bine precizată:

- A. Planul Frankfurt**
- B. Planul Camper**
- C. Planul bazal mandibular**
- D. Planul lui RICH**
- E. Planul Mc Namara

(pag. 28)

8 Conceptul de stabilitate ocluzală implică intricarea următorilor factori:

- A. Determinantul anterior**
- B. Determinantul mezial
- C. Determinantul funcțional**
- D. Determinantul distal
- E. Determinantul posterior**

(pag. 30)

9 Elementele de morfologie dentară cu rol de sprijin al ocluziei conform lui Abjean și Korbendeau sunt:

- A. Cuspizii vestibulari ai premolarilor și molarilor inferiori**
- B. Cuspizii palatinali ai premolarilor și molarilor superiori**
- C. Marginile libere ale caninilor inferiori și cele incizale ale incisivilor inferiori**
- D. Cuspizii vestibulari ai premolarilor și molarilor superiori
- E. Cuspizii linguali ai premolarilor și molarilor inferiori

(pag. 30)

10 Cuspizii de sprijin au următoarele roluri:

- A. Mențin dimensiunea verticală de ocluzie**
- B. Nu permit migrări ale dinților**
- C. Anulează componentele orizontale ale forțelor ocluzale
- D. Prin versanții lor asigură conducerea mandibulei în mișcarea de lateralitate
- E. Concentrează solicitările asupra dinților în axul lung al acestora**

(pag. 30)

11 Care din particularitățile ocluzale următoare sunt specifice concepției „Freedom in centric”:

- A. R.C. coincide cu I.M.
- B. Deglutiția se desfășoară în I.M.**
- C. R.C. nu coincide cu I.M.**
- D. Deglutiția se desfășoară în R.C.
- E. Raport ocluzal cuspid / creastă marginală**

(pag. 33)

12 Care din particularitățile ocluzale următoare sunt specifice „Concepției gnatologice”:

- A. R.C. coincide cu I.M.**
- B. Raport tripodic cuspid / fosetă**
- C. Protecție canină în mișcarea de lateralitate**
- D. Deglutiția se realizează în R.C.**
- E. Raport ocluzal cuspid / creastă marginală

(pag. 33)

13 După Korber ocluzia funcțională este caracterizată de existența următorilor factori:

- A.** Factorul timp = contacte dentare simultane
 - B.** Factorul forță = repartizarea uniformă a solicitărilor ocluzale
 - C.** Factorul cantitativ = contacte dentare multipoziționale
 - D. Factorul intensitate = intensitatea contactelor dento- dentare
 - E. Factorul calitativ = absența leziunilor coronare
- (pag. 36)

14 După Korber ocluzia funcțională este caracterizată de existența următorilor factori:

- A. Factorul calitativ = absența leziunilor coronare
- B.** Factorul continuității suprafețelor ocluzale = lipsa edentațiilor
- C.** Factorul de mișcare = alunecarea dento-dentară fără obstacole
- D. Factorul intensitate = intensitatea contactelor dento- dentare
- E.** Factorul formă = suprafețele de masticație prezintă orientare spațială

(pag. 36)

15 Meniscul articular îndeplinește mai multe roluri:

- A.** Transformă cele două suprafețe articulare în congruente
- B.** Separă cavitatea articulară în două componente, unul superior temporo-meniscal și unul inferior menisco-condilian
- C.** Facilitează propulsia mandibulei datorită caracterului ginglimo-artroidal al articulației
- D. Separă cavitatea articulară în două componente, unul superior menisco-condilian și unul inferior temporo-meniscal
- E.** Are rol de tampon, de amortizare a presiunilor exercitate asupra articulațiilor

(pag. 37)

16 Ligamentele articulare ce limitează mișcările extreme posibile în articulație în timpul mișcărilor funcționale sunt:

- A.** Ligamentul temporomandibular
- B.** Ligamentul medial
- C. Ligamentul pterigoidian
- D.** Ligamentul sfenomandibular
- E.** Ligamentul stilomandibular

(pag. 37)

17 Factorii loco-regionali ce influențează poziția de postură a mandibulei sunt:

- A. Stări patologice care modifică excitabilitatea neuromusculară
- B.** Poziția limbii și tonicitatea musculaturii linguo-orofaciale
- C.** Poziția capului și gâtului
- D.** Stări patologice dureroase
- E.** Afecțiuni ale ATM

(pag. 45)

18 Factorii generali ce pot influența dimensiunea verticală de repaus sunt reprezentați de:

- A. Afecțiuni ale ATM
- B. Caracterul respirației
- C. Poziția capului și a gâtului
- D.** Stări patologice care modifică excitabilitatea neuromusculară
- E.** Intoxicații medicamentoase

(pag. 45)

19 Reperele relație centrice sunt:

- A.** Articular = condilii centrați în cavitățile glenoide
- B.** Muscular = contracție echilibrată a musculaturii manductoare
- C.** Osos = dimensiunea verticală centrică egală cu a etajului mijlociu
- D. Lingual = prezența spațiului Donders
- E.** Labial = buzele închid fanta labială fără a se contracta sau răsfrînge

(pag. 45)

20 Poziția de Intercuspidare Maximă este importantă deoarece:

- A.** Asigură stabilitatea mandibulei față de maxilar
- B. Anulează și compensează forțele verticale
- C.** Orientează forțele ocluzale în axul lung al dinților
- D.** Permite contracția simetrică, egală și maximă a mușchilor ridicători ai mandibulei
- E. Permite contracția simetrică, egală și maximă a mușchilor coborători ai mandibulei

(pag. 52)

21 După tipul constructiv arcurile faciale de transfer pot fi:

- A. Cinematice – poziționate pe baza localizării arbitrare a axei balama terminale
 - B. Arbitrare – poziționate pe baza depistării axei balama reale a pacientului
 - C. Cinematice – poziționate pe baza depistării axei balama reale a pacientului**
 - D. Arbitrare – cu fixare auriculară**
 - E. Arbitrare – cu fixare facială pretragiană**
- (pag. 64)

22 Care dintre următoarele afirmații privind concepția "freedom in centric" sunt corecte:

- A. Contacte dento-dentare la toți dinții frontali și laterali**
 - B. Raport ocluzal cuspid / creasta marginală**
 - C. Coincidența între relația centrică și intercuspidația maximă
 - D. Ghidaj incizal în propulsie**
 - E. Deglutiția se realizează în relație centrică
- (pag. 33)

23 Care din următoarele afirmații reprezintă particularități ocluzale specifice concepției gnatologice (organice):

- A. Raport tripodic cuspid / foșeta**
 - B. Mișcare de lateralitate cu protecție canină**
 - C. Mișcare de propulsie prin ghidaj incizal**
 - D. Deglutiția se efectuează în intercuspidație maximă
 - E. Lipsa contactelor de partea de balans în lateralitate**
- (pag. 33)

24 Care din următoarele aspecte caracterizează ocluzia funcțională după Korber:

- A. Suprafețele de masticatie prezintă orientare spațială**
 - B. Contactele dento-dentare multipozitionale**
 - C. Repartizarea neuniformă a sollicitărilor ocluzale
 - D. Alunecarea dento-dentară cu obstacole
 - E. Prezența edentațiilor
- (pag. 36)

25 Care din următoarele afirmații privind rolurile funcționale ale meniscului articular sunt corecte:

- A. Transforma cele 2 suprafețe articulare în suprafețe congruente**
 - B. Are rol de tampon, de amortizare a presiunilor exercitate asupra articulațiilor**
 - C. Nu facilitează propulsia mandibulei
 - D. Separa cavitatea articulară în 2 compartimente umplute cu lichid sinovial**
 - E. Separa cavitatea articulară în 2 compartimente: unul superior menisco-condilian și unul inferior temporo-meniscal
- (pag. 36-37)

Tema nr. 52

Sindromul algo-disfuncțional al articulației temporo-mandibulare

Bibliografie asociată temei:

*N. Forna (coordonator), C. De Baat, D. Bratu, V. Mercut, Al. Petre, S. Plopsor, T. Traistaru - Protetica dentară Vol. I, Editura Enciclopedică, București, 2011.
pag. 77-146*

*** 1 Scrâșnitul dinților reprezintă:**

- A. Semnul major al bruxismului
 - B. Cel mai frecvent semn al bruxismului
 - C. Primul semn de bruxism**
 - D. Un semn ce evoluează în raport cu vârsta
 - E. Are la origine o agresiune de natură chimică
- (pag. 105)

*** 2 Uzura polimorfă se caracterizează prin:**

- A. Este localizată pe frontali superiori
 - B. Este uzura în foarfece
 - C. Este o formă de uzură excentrică
 - D. Remodelează suprafața ocluzală a molarilor**
 - E. Este o formă de uzură generalizată
- (pag. 106-107)

*** 3 Pulpita și necroza pulpară din bruxism se datorează:**

- A. Uzurii excentrice
 - B. Uzurii polimorfe
 - C. Deschiderii camerei pulpare**
 - D. Variațiilor stimulilor termici
 - E. Variațiilor stimulilor chimici
- (pag. 111)

4 Uzura patologică din bruxism se caracterizează prin următoarele:

- A.** Apare pe suprafețele ocluzale sau pe cele proximale la nivelul punctelor de contact
- B.** Pierderea de țesuturi dentare se produce în oglindă
- C. Obturațiile coronare rămân integre
- D.** Este cunoscută în literatură sub denimirea de atriție dentară
- E. Este legată de funcțiile fizilogice ale aparatului dento-maxilar

(pag. 106)

5 Uzura "ad palatum" se caracterizează prin următoarele:

- A.** Interesează fața palatinală a dinților frontali superiori
- B.** Reducerea înălțimii coronare se produce mai târziu
- C. Este o formă de uzură centrică
- D.** Este o formă de uzură excentrică
- E. Interesează suprafețele ocluzale ale dinților laterali

(pag. 108)

6 Manifestările musculare din bruxism se caracterizează prin:

- A.** Contractiile musculare sunt de tip fazic sau combinație între tipul fazic și tonic
- B. Contractiile musculare sunt de tip tonic
- C.** În bruxismul nocturn activitatea musculară se produce în special în timpul somnului
- D.** În bruxismul nocturn are loc o coactivare a mușchilor ridicători și coborâtori
- E. La pacienții sănătoși contractiile musculare au o amplitudine mai mare

(pag. 114)

7 Evoluția leziunilor parodontale din bruxism este influențată de următorii factori:

- A. Starea generală a pacientului
- B.** Mărirea forțelor ocluzale
- C.** Direcția acestora
- D.** Durata și frecvența
- E.** Înălțimea cuspidilor și gradul de supraacoperire frontală

(pag. 111)

8 Sensibilitatea dentară din bruxism apare datorită:

- A.** Uzurii dentare
- B.** Retrăției gingivale
- C. Depunerii de dentină de reacție
- D. Stimulilor termici rece-cald
- E. Stimulilor chimici dulce-acru

(pag. 111)

9 Clinic, hiperactivitatea mușchilor masticatori se traduce prin:

- A.** Spasme musculare
- B.** Hipertonia mușchilor masticatori
- C.** Hipertrofia mușchilor masticatori
- D.** Durere localizată
- E. Lipsa hipertoniiei mușchilor masticatori

(pag. 114)

10 Modificările oaselor maxilare în bruxism constau în:

- A.** Prezența de exostoze pe versanții vestibulari ai proceselor alveolare
- B. Prezența de exostoze pe versanții orali ai proceselor alveolare
- C. Fracturi ale oaselor maxilare
- D.** Remodelare la nivelul marginii bazilare a mandibulei
- E. Apozitie osoasă la nivelul marginii bazilare a mandibulei

(pag. 116)

11 Despre legătura dintre bruxism și disfuncția temporo-mandibulară se fac următoarele afirmații:

- A. Bruxismul determină disfuncția temporo-mandibulară
- B. Disfuncția temporo-mandibulară determină bruxismul
- C.** De cele mai multe ori aceste afecțiuni coexistă
- D.** Frecvența disfuncției temporomandibulare este mai mare decât a bruxismului
- E. Frecvența bruxismului este mai mare decât a disfuncției temporo-mandibulare

(pag. 118)

12 Factorii predispozanți care cresc riscul de apariție al disfuncției temporo-mandibulare sunt :

- A.** Modificările anatomice ale aparatului dento-maxilar
 - B.** Modificările metabolice ale aparatului dento-maxilar
 - C.** Modificările metabolice ireversibile ale aparatului dento-maxilar
 - D. Suprasolicitățile aparatului dento-maxilar
 - E. traumatismele aparatului dento-maxilar
- (pag. 118)

13 Laskin în teoria sa psihofiziologică consideră următoarele:

- A.** Spasmul muscular este factorul cauzal al disfuncțiilor
 - B.** Bruxismul întreține spasmele musculare
 - C. Bruxismul nu are legătură cu spasmele musculare
 - D.** Activitatea susținută din bruxism întreține disfuncția temporo-mandibulară
 - E. Factorii hormonalți sunt asociați bruxismului.
- (pag. 118)

*** 14 Care din următoarele simptome asociate toxemiei stafilococice coagulazo-negative, enumerate mai jos reprezintă un simptom musculo-scheletal:**

- A. Transpirații nocturne
 - B. Dureri faringiene
 - C. Sinuzite recurente
 - D.** Durere în musculatura masticatorie
 - E. Tumefierea sau sensibilitatea la nivelul ganglionilor limfatici cervicali și/sau axilari
- (pag. 79)

*** 15 Care din următoarele simptome asociate toxemiei stafilococice coagulazo-negative, enumerate mai jos reprezintă un simptom infecțios:**

- A.** Sinuzite recurente
 - B. Durere sau sensibilitate în brațe
 - C. Gnatosonii sau blocaje articulare
 - D. Durere în musculatura masticatorie
 - E. Durere sau sensibilitate la nivelul gâtului și a umerilor
- (pag. 79)

16 Sindromul disfuncțional dureros al articulației temporo-mandibulare (descriș de SCHWARTZ în 1955) prezintă următoarele faze:

- A.** Faza de incoordonare (probleme musculare minore, gnatosonii și/sau subluxații recurente de ATM)
- B. Faza de iradiere
- C.** Faza dureroasă limitantă (spasm dureros în oricare dintre mușchii „antigravitaționali” și limitarea mișcărilor mandibulei)
- D.** Faza limitantă (contracturi musculare care nu sunt continuu dureroase)
- E. Faza de coordonare (contracții dureroase în oricare dintre mușchii gravitaționali

(pag. 77)

17 Care din următoarele simptome asociate toxemiei stafilococice coagulazo-negative, enumerate mai jos reprezintă un simptom musculo-scheletale:

- A.** Durere în musculatura masticatorie
 - B.** Gnatosonii sau blocaje articulare
 - C. Sinuzite recurente
 - D.** Durere sau sensibilitate la nivelul gâtului și a umerilor
 - E.** Durere sau sensibilitate în brațe
- (pag. 79)

18 Care din următoarele simptome asociate toxemiei stafilococice coagulazo-negative, enumerate mai jos reprezintă simptome infecțioase:

- A.** Dureri faringiene
 - B.** Sinuzite recurente
 - C.** Transpirații nocturne
 - D. Durere în musculatura masticatorie
 - E.** Tumefierea sau sensibilitatea la nivelul ganglionilor limfatici cervicali și/sau axilari
- (pag. 79)

19 Ce examene complementare imagistice sunt utilizate în disfuncția craniomandibulară

- A.** Teleradiografia de profil a craniului- metoda Cadias
 - B.** Radiografii de ATM
 - C.** Rezonanța magnetică nucleară –tehnica Grass
 - D.** Ultrasonografia maseterină și a ATM
 - E. Ecografia maseterină
- (pag. 88)

20 Eficacitatea clinică a gutierelor în disfuncția craniomandibulară se manifestă în special asupra simptomatologiei ușoare sau moderate și îndeosebi asupra durerii prin:

- A.** Eliminarea interferențelor ocluzale
- B.** Modificarea relațiilor condil-cavitate glenoidă
- C. Scurtarea fibrelor musculare ridicătoare ale mandibulei
- D. Modificarea relațiilor menisc-cavitate glenoidă
- E.** Stabilizarea articulară

(pag. 100-101)

21 Eficacitatea clinică a gutierelor în disfuncția craniomandibulară se manifestă în special asupra simptomatologiei ușoare sau moderate și îndeosebi asupra durerii prin:

- A. Modificarea relațiilor menisc-cavitate glenoidă
- B.** Protecția dinților
- C.** Redistribuirea forțelor ocluzale
- D.** Relaxarea musculară
- E.** Reducerea bruxismului

(pag. 101)

22 Terapia ocluzală în cadrul tratamentului sindromului disfuncțional craniomandibular include următoarele metode de tratament:

- A.** Ajustarea ocluzală prin șlefuirea selectivă
- B.** Terapia restaurativă
- C.** Terapia ortodontică
- D.** Terapia ortognată
- E. Terapia parodontala

(pag. 102)

23 Ajustarea ocluzală terapeutică va fi luată în considerare în următoarele circumstanțe:

- A.** Dacă după terapia ortopedică ocluzia rămâne instabilă și neconfortabilă
- B.** În asociere cu repoziționarea mandibulei sau cu tratamentul ortodontic pentru stabilizarea ocluziei postortodontice
- C.** Pentru ameliorarea stabilității ocluzale și distribuirea fiziologică a sarcinilor ocluzale
- D. Se aplică profilactic
- E.** Nu se aplică niciodată profilactic

(pag. 102)

24 În tratamentul stărilor disfuncționale dureroase craniomandibulare acupunctura acționează astfel:

- A. Stimulează sistemul endocrin
- B. Reduce miorelaxarea
- C.** Diminuă tensiunea musculară masticatorie prin inhibiție segmentală
- D.** Stimulează sistemele endogene opioide
- E.** Induce miorelaxare

(pag. 100)

*** 25 Care simptom musculo-scheletal este asociat toxemiei stafilococice coagulazo-negative:**

- A.** Gnatosonii (cracmente) sau blocaje articulare
- B. Dureri faringiene
- C. Sinuzite recurente
- D. Transpirații nocturne
- E. Ulceratii aftoase

(pag. 79-80)

26 Care din următoarele afirmații constituie atât etape în terapia de reabilitare neuro-musculară cât și în cazul disfuncțiilor craniomandibulare miogene:

- A.** Eliminarea hipercontractiei și a durerii musculare
- B. Menținerea disfuncției din punct de vedere biomecanic
- C.** Restaurarea flexibilității și reeducarea căilor neurologice
- D.** Restabilirea forței musculare prin exercitii specifice
- E.** Îmbunătățirea performanțelor musculare prin exercitii de condiționare

(pag. 94)

27 Simptomele infectioase asociate toxemiei stafilococice coagulazo-negative sunt:

- A.** Tumefierea sau sensibilitatea la nivelul ganglionilor limfatici cervicali și/sau axilari
- B.** Sinuzite recurente
- C. Durere în musculatura masticatorie
- D. Durere sau sensibilitate în braț
- E. Artrite / articulații dureroase

(pag. 79-80)

Bibliografie asociata temei:

N. Forna (coordonator), C. De Baat, D. Bratu, V. Mercut, Al. Petre, S. Plopsor, T. Traistaru - Protetica dentara Vol. I, Editura Enciclopedica, Bucuresti, 2011.
pag. 147-169

* 1 Care dintre metodele descrise mai jos reprezintă o metodă de inducere a relației centrice:

- A. Leonardo da Vinci
- B. Boianov
- C. Ramfjord**
- D. Willis
- E. Appenrodt

(pag. 168)

* 2 Care dintre metodele descrise mai jos reprezintă o metodă de inducere a relației centrice:

- A. Homotropismul linguo-mandibular**
- B. Landa
- C. Boianov
- D. Leonardo da Vinci
- E. Appenrodt

(pag. 168)

* 3 Care dintre metodele descrise mai jos reprezintă o metodă de verificare a relației centrice:

- A. Dawson
- B. Compresiune pe menton
- C. Leonardo da Vinci**
- D. Manevra condiliană
- E. Jankelson

(pag. 168)

* 4 Care dintre metodele descrise mai jos reprezintă o metodă de verificare a relației centrice:

- A. Stimularea reflexului de ocluzie molară
- B. Boianov**
- C. Manevra maseterină Gyse
- D. Jankelson
- E. Dawson

(pag. 168)

* 5 Micșorarea spațiului protetic potențial se produce prin:

- A. Înclinarea vestibulo-orală a dinților limitrofi
- B. Tratamente odontale necorespunzătoare pe dinții limitrofi
- C. Crește exostotice
- D. Atrofia crestei alveolare**
- E. Tratamente protetice necorespunzătoare pe dinții limitrofi

(pag. 150)

6 Spațiul protetic potențial este spațiul ce apare la nivelul arcadei dentare consecutiv extracției având următoarele limite:

- A. Inferior: versanții crestei alveolare edentate
- B. Mezial și distal: fețele proximale ale dinților restanți**
- C. Ocluzal: planul de ocluzie sau suprafața ocluzală a arcadei antagoniste**
- D. Inferior: muchia crestei alveolare edentate**
- E. Mezial și distal: fețele vestibularo-orale ale dinților restanți

(pag. 148)

7 Înălțimea spațiului protetic potențial poate fi mărită datorită:

- A. Atrofiei accentuate a crestei alveolare**
- B. Extruziei sau egresiei dinților limitrofi în condițiile absenței dinților antagoniști breșei edentate**
- C. Subocluziei dinților limitrofi breșei edentate
- D. Distrucției coronare a dinților limitrofi breșei edentate
- E. Ocluziei deschise (subocluzia arcadei antagoniste)**

(pag. 149)

8 Înălțimea spațiului protetic potențial poate fi micșorată datorită:

- A. Atrofiei accentuate a crestei alveolare
- B. Ocluziei deschise
- C. Abraziunii sau distrucției coronare a dinților limitrofi breșei edentate**
- D. Subocluziei dinților limitrofi breșei edentate**
- E. Egresiunii sau extruziei dinților antagoniști**

(pag. 149)

9 Amplitudinea spațiului protetic potențial este mărită în următoarele situații:

- A. Versii sau migrări corporeale ale dinților limitrofi spre breșa edentată
 - B. Migrări sau versii ale dinților limitrofi edentației către dinții vecini sau alte spații edentate**
 - C. Modificări de volum ale substructurilor odontale prin preparare sau distrucție coronară**
 - D. Modificări de volum ale dinților limitrofi prin obturații debordante
 - E. Tratamente protetice necorespunzătoare realizate
- (pag. 149)

10 Amplitudinea spațiului protetic potențial este mărită în următoarele situații:

- A. Migrări ale dinților limitrofi edentației către dinții vecini sau alte spații edentate**
- B. Versii ale dinților limitrofi edentației către dinții vecini sau alte spații edentate**
- C. Modificări de volum ale substructurilor odontale prin preparare sau distrucție coronară**
- D. Versii sau migrări corporeale ale dinților limitrofi spre breșa edentată
- E. Modificări de volum ale dinților limitrofi prin obturații debordante sau tratamente protetice necorespunzătoare realizate

(pag. 149)

11 Lățimea spațiului protetic potențial se mărește în următoarele situații:

- A. Înclinări vestibulo-orale ale dinților limitrofi**
- B. Atrofia crestei edentate
- C. Tratamente odontale sau protetice necorespunzătoare pe dinții limitrofi**
- D. Crește exostotice**
- E. Rotații în ax a dinților limitrofi

(pag. 150)

12 Lățimea spațiului protetic potențial se micșorează în următoarele situații:

- A. Înclinări vestibulo-orale ale dinților limitrofi
- B. Atrofia crestei alveolare**
- C. Preparări ale dinților limitrofi**
- D. Rotații în ax a dinților limitrofi**
- E. Crește exostotice

(pag. 150)

13 Raportul coroană-rădăcină clinică se modifică în funcție de vârstă astfel :

- A. La copii localizarea marginii gingivale este la nivelul smalțului, coroana clinică fiind mai mică decât cea anatomică**
- B. La pacientul de vârstă a treia uzura coronară este decelabilă iar retecția gingivală este mai accentuată**
- C. La adultul tânăr gingia este atașată în vecinătatea joncțiunii smalț-cement**
- D. La maturitate se produce o ușoară retracție gingivală și apare uzura ocluzală**
- E. La copii gingia este atașată în vecinătatea joncțiunii smalț-cement

(pag. 150)

14 Din punct de vedere clinic se disting următoarele grade de mobilitate:

- A. Gradul I: mobilitate ușor mai mare decât cea fiziologică în sens V-O, nu depășește 1 mm**
- B. Gradul II: mobilitate mult mai mare decât cea fiziologică în sens V-O și M-D, depășind 1 mm**
- C. Gradul I: mobilitate ușor mai mare decât cea fiziologică în sens M-D, nu depășește 1 mm
- D. Gradul II: mobilitate foarte accentuată în sens V-O, M-D și axial
- E. Gradul III: mobilitate foarte accentuată în sens V-O, M-D, și axial**

(pag. 157)

15 Mobilitatea dentară patologică poate fi determinată de :

- A. Afecțiunile parodontiului periapical, datorită inflamației acute a țesuturilor periapicale
- B. Epuizarea parodontală datorită suprasolicităților funcționale în cazul dinților stâlpi de punte sau ancorați cu croșete
- C. Bruxism**
- D. Boli metabolice, în care diabetul ocupă un loc principal**
- E. Procese patologice la nivelul osului alveolar**

(pag. 158)

16 Mobilitatea dentară patologică poate fi determinată de :

- A. Ocluzia traumatică ce generează procese de liză desmo-osoasă**
- B. Insuficiență parodontală**
- C. Procese de distrucție desmo-osoasă prin extinderea inflamațiilor gingivale la suportul osos și ligamentar**
- D. Modificări fizico-chimice locale datorită utilizării contraceptivelor orale sau a altor terapii cu hormoni**
- E. Sarcină

(pag. 158)

17 În plan orizontal se descriu următoarele grade de afectare a furcăției:

- A.** Gradul I: leziune incipientă-ușoară alveoliză în zona furcăției, septul interradicular este aproape intact
- B.** Gradul II: leziune parțială-alveoliză mai avansată, leziunea depășește 1/3 din spațiul interradicular în sens vestibulo-oral
- C.** Gradul III: leziune completă-osul interradicular lipsește, furcăția fiind acoperită vestibular și oral de țesut gingival, fără a fi observată clinic
- D.** Gradul IV: osul interradicular lipsește, furcăția fiind acoperită vestibular și oral de țesut gingival, fără a fi observată clinic
- E.** Gradul II: leziune parțială-ușoară alveoliză în zona furcăției, septul interradicular aproximativ intact

(pag. 163)

18 În cazul unei ocluzii ideale, contactele dento-dentare trebuie să respecte următorii parametrii:

- A.** Să fie punctiforme
- B.** Să fie de tip cuspid-cuspid
- C.** Să se realizeze între suprafețe netede și convexe
- D.** Să fie multiple
- E.** Să fie stabile

(pag. 166)

19 În cazul unei ocluzii ideale, contactele dento-dentare trebuie să respecte următorii parametrii:

- A.** Să fie localizate precis
- B.** Să fie uniform și armonios distribuite
- C.** Să fie de tip cuspid-fosetă, cuspid-ambrazură, margine incizală-față palatinală
- D.** Să se realizeze între suprafețe netede concave
- E.** Să fie punctiforme

(pag. 166)

20 În care din următoarele situații este indicată utilizarea aparatului Periotest:

- A.** În toate tipurile de procese periapicale acute
- B.** În traumatismele acute (fracturi radiculare, fracturi ale procesului alveolar)
- C.** Pe dinți indemni ce urmează a fi utilizați ca dinți stâlpi
- D.** Implantele endoosoase în faza de vindecare în primele 2-3 luni de la inserare
- E.** Implantele endoosoase după 6 luni de la inserare

(pag. 161)

21 În care din următoarele situații înălțimea spațiului potențial protetic poate fi marită:

- A.** Subocluzia dinților limitrofi bresei edentate
- B.** Egresiunea sau extruzia dinților antagoniști
- C.** Atrofii accentuate ale crestei alveolare
- D.** Subocluzia arcadei antagoniste
- E.** Extruzii sau egresii ale dinților limitrofi, în condițiile absenței dinților antagoniști bresei edentate

(pag. 149)

22 În cazul unei ocluzii ideale, care din următoarele afirmatii privind contactele dento-dentare sunt corecte:

- A.** Să fie instabile
- B.** Să se realizeze între suprafețe netede și concave
- C.** Să fie punctiforme
- D.** Să fie de tip cuspid-fosetă
- E.** Să fie localizate precis

(pag. 166)

23 Care dintre metodele enumerate mai jos reprezintă metode de verificare a relației centrice:

- A.** Boianov
- B.** Willis
- C.** Landa
- D.** Jankelson
- E.** Dawson

(pag. 168)

24 În care din următoarele situații clinice, amplitudinea spațiului protetic potențial este marită:

- A.** Versii sau migrări corporeale ale dinților limitrofi spre bresa edentată
- B.** Migrări ale dinților limitrofi edentației către dinții vecini sau alte spații edentate
- C.** Modificări de volum ale dinților limitrofi prin obturații debordante sau tratamente protetice necorespunzător realizate
- D.** Versii ale dinților limitrofi edentației către dinții vecini sau alte spații edentate
- E.** Modificări de volum ale structurilor odontale prin preparare sau distrucție coronară

(pag. 149)

Tema nr. 54

Principiile de tratament in restaurarile unidentare si prin punti dentare

Bibliografie asociata temei:

*N. Forna (coordonator), C. De Baat, D. Bratu, V. Mercut, Al. Petre, S. Plopsor, T. Traistaru - Protetica dentara Vol. I, Editura Enciclopedica, Bucuresti, 2011.
pag. 500-540*

*** 1 Principiul profilactic de tratament in edentatia partiala presupune:**

- A. protezarea provizorie
 - B. aplicarea metodologiei profilactice in colectivitati
 - C. tratament protetic temporizat
 - D. reducerea parafunctiilor
 - E. toate raspunsurile sunt corecte**
- (pag. 500-503)

*** 2 Factorii ce influenteaza valoarea biomecanica a dintilor sunt urmatoarii, cu exceptia:**

- A. morfologia dento-parodontala
 - B. pozitia dintilor pe arcada
 - C. leziunile odontale coronare
 - D. morfologia coroanelor de acoperire**
 - E. vitalitatea dintilor
- (pag. 516-519)

*** 3 Urmatoarele afirmatii sunt corecte, cu exceptia:**

- A. zona 1 a cabinetului de medicina dentara este libera de orice instrumentar
 - B. scaunul asistentei este plasat in zona 2
 - C. unitul dentar se afla in centrul zonei 3**
 - D. campul operator, reprezentat de cavitatea orala, este in zona 1
 - E. materialele pentru interventii neprevazute sunt in dulapurile din zona 3
- (pag. 538)

*** 4 Care dintre urmatoarele nu face parte din principiile de tratament utilizate in restaurarile prin punti dentare:**

- A. principiul curativ
 - B. principiul biologic
 - C. principiul biomecanic
 - D. principiul echilibrarii dinamice**
 - E. principiul homeostazic
- (pag. 500)

*** 5 Profilaxia secundara:**

- A. are in vedere tratamentul complicatiilor locale ale bolii carioase**
- B. nu previne complicatiile locale ale bolii parodontale
- C. presupune tratamentul imbolnavirilor induse de edentatia partiala
- D. cuprinde fluorizarea prin mijloace locale si generale
- E. are in vedere igienizarea minutioasa si corecta a cavitatii orale

(pag. 507)

6 Principiul profilactic de tratament in edentatia partiala:

- A. impune ca nici un act terapeutic sa nu agraveze leziunile deja existente**
- B. determina aparitia unor noi leziuni
- C. strategia profilactica se realizeaza pe baza cunoasterii caracteristicilor colectivitatilor populationala**
- D. necesita identificarea factorilor de risc alimentari**
- E. trebuie sa aiba in vedere asigurarea unei corecte profilaxii generale si locale**

(pag. 500-501)

7 Tratamentul protetic temporizat:

- A. este un concept generat de aplicarea protezelor provizorii**
- B. nu permite administrarea unei terapii de conditionare tisulara
- C. recurge la o serie de proceduri recuperatorii, medicamentoase, etc**
- D. se refera numai la protezarea provizorie in sine
- E. temporizarea are rolul protejarii substructurilor preparate**

(pag. 501-502)

8 Care dintre urmatoarele reprezinta solutii pentru conservarea osului alveolar rezidual?

- A. limitarea resorbtiei osoase intalnita in parodontopatii**
- B. extractiile alveoloplastice**
- C. reducerea traumei ocluzale**
- D. aplicarea conectorilor mucozali cu suprafata cat mai redusa
- E. b si d sunt corecte

(pag. 502)

9 Profilaxia locala:

- A. face parte din profilaxia generala
- B. profilaxia primara are in vedere tratamentul si prevenirea complicatiilor locale
- C. profilaxia secundara se bazeaza pe fluorizare
- D. profilaxia primara se adreseaza dintilor indemni
- E. profilaxia terciara previne migrarile dentare (pag. 507)

10 Principiul curativ:

- A. are ca obiectiv realizarea unor restaurari ce restabilesc integritatea morfologica a arcadelor dentare
- B. presupune o recuperare morfologica
- C. recuperarea functionala nu face parte din principiul curativ
- D. recuperarea functionala se adreseaza masticatiei si fonatiei
- E. functia fonetica nu este satisfacator restabilita prin restaurari fixe (pag. 509-510)

11 Principiul biologic are in vedere urmatoarele:

- A. integrarea designului restaurarilor fixe in spatiul potential protetic
- B. biocompatibilitatea materialelor folosite
- C. stimularea mecanismelor biologice compensatorii
- D. cunoasterea clinica a tesuturilor pe care se sprijina restaurarea
- E. restaurarile protetice nu trebuie sa conserve starea de normalitate a tesuturilor cu care vine in contact (pag. 510)

12 Fortele ce actioneaza la nivelul arcadelor dentare:

- A. punctul de aplicare al fortelor este la nivelul suprafetelor ocluzale ce vin in contact in cursul exercitarii masticatiei
- B. sunt caracterizate de directie, sens, punct de aplicare, etc
- C. fortele de presiune actioneaza vertical
- D. fortele orizontale tangential se exercita la nivelul fetelor ocluzale
- E. fortele de tractiune sunt sagitale (pag. 513)

13 Indicii biomecanici:

- A. se aplica la dintii cu implantare parodontala deficitara
- B. se aplica la dintii cu implantare parodontala normala si ocluzie echilibrata
- C. nu sunt influentati de morfologia dentara
- D. sunt influentati de prezenta dintilor antagonisti
- E. valorile lor se exprima in mm2 (pag. 522-523)

14 Legea lui Ante:

- A. apreciaza posibilitatile de solicitare a dintilor stalpi
- B. suprafata radiculara a dintilor restanti trebuie sa fie mai mica decat suprafata radiculara a dintilor inlocuiti
- C. suprafata radiculara a dintilor restanti trebuie sa fie mai mare decat suprafata radiculara a dintilor inlocuiti
- D. un dinte pierdut poate fi inlocuit cu succes daca dintii vecini sunt sanatosi
- E. suprafata radiculara a dintilor restanti trebuie sa egaleze suprafata radiculara a dintilor inlocuiti (pag. 524)

15 In conceperea unei constructii conjuncte, atunci cand forta de rezistenta nu este mai mare decat forta activa, se impun urmatoarele modificari:

- A. realizarea unui corp de punte mai lat
- B. realizarea liniara a corpului de punte
- C. reducerea inclinarii pantelor cuspidiene
- D. realizarea unei proteze partial mobilizabila
- E. realizarea de dinti antagonisti montati pe o proteza partial mobilizabila (pag. 531)

16 Axul de insertie al puntilor dentare:

- A. nu conditioneaza realizarea elementelor de agregare
- B. reprezinta traiectoria parcursa de microproteza de la primul contact pana la perfecta adaptare pe substructura organica
- C. insertia elementelor de agregare se realizeaza pe directie ocluzo-radiculara
- D. insertia elementelor de agregare se realizeaza pe directie ocluzo-radiculara
- E. cu cat axa de insertie este mai lunga, cu atat stabilitatea elementelor de agregare e mai precara (pag. 533-534)

17 Principiul homeostazic:

- A.** trebuie privit sub aspect morfologic si functional
- B.** diagnosticul corect al integritatii homeostazice se face pe baza cunoasterii parametrilor normali ai sistemului stomatognat
- C.** tesutul parodontal este un factor intrasistemic al homeostaziei
- D.** homeostazia biologica se realizeaza prin echilibrare neuromusculara
- E. homeostazia specifica caracterizeaza organismul in ansamblu

(pag. 534-535)

18 Conform principiului ergonomic:

- A.** se urmareste desfasurarea unor sedinte de tratament cat mai riguros etapizate
- B. abordarea concomitenta a celor patru hemiarcade nu este recomandata
- C. presupune amprentare segmentara
- D.** presupune amprentare globala intr-o sedinta
- E.** terapia mixta a edentatiei partiale presupune realizarea aparatelor conjuncte si aparatelor adjuncte

(pag. 536-537)

19 Organizarea ergonomica a cabinetului presupune:

- A.** organizarea in zone cu raza de 50 cm
- B.** in centrul zonei 1 este plasat campul operator
- C. unitul dentar este plasat in zona 3
- D.** in zona 4 se plaseaza dulapurile pentru materiale
- E. masa de instrumentar este plasata in zona 3

(pag. 538)

20 Contaminarea incrucisata:

- A. are o importanta deosebita in cadrul profilaxiei locale
- B.** evitarea ei necesita respectarea unor reguli de asepsie
- C.** asistenta de cabinet detine un rol major in evitarea contaminarii incrucisate
- D.** o greseala frecventa in practica este ignorarea etapei de pre-sterilizare
- E. detine un rol in etiologia bolilor inflamatorii

(pag. 505)

*** 21 In cadrul restaurarilor unidentare si prin puncti dentare, fortele verticale ce actioneaza la nivelul arcadelor dentare sunt:**

- A.** Forte de tractiune
- B. Forte orizontale tangential, actionand de-a lungul arcadei dentare
- C. Forte sagitale pe directie antero-posterioara
- D. Forte transversale
- E. Forte radiare

(pag. 513)

22 Care dintre urmatoarele afirmatii privind axul de insertie al punctilor dentare sunt corecte:

- A.** Reprezinta un element ce conditioneaza conceptia si realizarea elementelor de agregare
- B.** Axa de insertie a elementelor de agregare trebuie sa fie unica
- C.** Reprezinta traiectoria parcursa de microproteza de la primul contact pana la perfecta sa adaptare pe substructura organica
- D.** Insertia elementelor de agregare se realizeaza pe directie ocluzo-radiculara
- E. Nu conditioneaza realizarea elementelor de agregare

(pag. 533)

23 Care din urmasorii factori pot influenta indicele de competenta biomecanica in cazul restaurarilor unidentare si prin puncti dentare:

- A. Absenta dintilor antagonisti
- B.** Leziunile parodontale marginale si periapicale
- C. Absenta leziunilor odonto-parodontale
- D.** Morfologia dentara
- E.** Ocluzia dentara

(pag. 522)

Tema nr. 55

Restaurari unidentare intracoronare si extracoronare

Bibliografie asociata temei:

*N. Forna (coordonator), C. De Baat, D. Bratu, V. Mercut, Al. Petre, S. Plopsor, T. Traistaru - Protetica dentara Vol. I, Editura Enciclopedica, Bucuresti, 2011.
pag. 170-400*

*** 1 În ce situație clinică este contraindicată coroana estetică:**

- A. Nanism dentar
- B. Distrofii, displazii
- C.** Ocluzie adâncă traumatizantă
- D. Fracturi dentare în 1/3 incizală
- E. Cariii clasa a IV a Black

(pag. 190)

*** 2 Ce situație clinică reprezintă o contraindicație pentru fațetare:**

- A.** Ocluzia nefavorabilă (cap la cap, adâncă)
 - B. Fluoroza
 - C. Vârsta
 - D. Dinții hipoplazici sau decalcificați
 - E. Dinții depulpați
- (pag. 222-223)

*** 3 În ce situație este contraindicată aplicarea coroanei mixte :**

- A. Pe dinții cu afecțiuni coronare
 - B.** La tinerii sub 20 de ani din cauza camerei pulpare mari
 - C. În ocluzii adânci
 - D. Pentru ancorarea unor proteze mobilizabile
 - E. Ca element de agregare pentru punți
- (pag. 229)

*** 4 În ce situație este contraindicat onlay-ul:**

- A. Retentor pentru punți de întindere mică
 - B. Element de ancorare pentru proteze scheletate
 - C. Solidarizarea dinților mobili
 - D.** Pe dinții mici, scurți, subțiri, înguști
 - E. Pe dinți integri, neafecțați de carie sau de alte leziuni
- (pag. 229)

*** 5 Care din afirmațiile următoare reprezintă un dezavantaj al metodei directe de fațetare:**

- A. Culoarea poate fi realizată gradat
 - B. Se realizează într-o singură ședință
 - C. Se poate reface ușor
 - D. Este ieftină
 - E.** Aspectul estetic nu este întotdeauna redat corect (formă, culoare, luciu)
- (pag. 226)

6 Care din afirmațiile următoare reprezintă avantaje ale inlay-urilor din aliaje metalice:

- A. Sunt exigente privind execuția clinică și tehnică
 - B.** Refac corect morfologia ocluzală
 - C.** Pot proteja unii cuspidi periclițați prin acoperirea acestora
 - D.** Protejează smalțul prin acoperirea zonelor bizotate cavo-superficiale
 - E. Au un anumit grad de periclitare a dintelui respectiv
- (pag. 171)

7 Indicațiile coroanei de înveliș estetice:

- A.** Discromii, distrofii, displazii
 - B.** Obturații inestetice sau neretentive
 - C. Abrazii avansate
 - D. Cariii profunde și extinse sau obturații mari nearmate
 - E.** Fracturi dentare în 1/3 incizală
- (pag. 190)

8 Avantajele coroanelor ceramice:

- A.** Redau nuanțele dorite de culoare, fiind stabile în timp
 - B.** Nu sunt placofile datorită glazurării fiind foarte bine tolerate de parodontiul marginal
 - C. Rezistență la flexiune și tracțiune
 - D.** Ceramica dentară este rău conducătoare de căldură, oferind protecție pulpei față de agenții termici
 - E.** Este foarte rezistentă la presiune
- (pag. 192)

9 Din punct de vedere fizionomic lucrările protetice conjuncte metalo-ceramice reprezintă idealul datorită:

- A.** Luciului permanent
 - B.** Translucidității
 - C. Iluziei optice
 - D.** Nuanței coloristice
 - E.** Stabilității cromatice
- (pag. 209)

10 Indicațiile coroanei integral ceramice sunt :

- A.** Exigențe estetice deosebite
 - B.** Dinți ce prezintă leziuni extinse la nivelul fețelor proximale și/sau vestibulare
 - C.** Ocluzie favorabilă cu contacte dento-dentare realizate în treimea medie a feței orale a incisivilor superiori
 - D. Coroane provizorii
 - E. Solicitări ocluzale nefavorabile
- (pag. 216-217)

11 Avantajele coroanei fizionomice din acrilat:

- A.** Ieftine
 - B.** Tehnologie simplă de realizare
 - C.** Se pot aplica pe preparări fără prag
 - D. Sunt placofile
 - E. Elasticitate mare
- (pag. 217)

12 Indicațiile fațetării sunt:

- A.** Discromii
- B. Respirație bucală
- C.** Eroziuni dentare superficiale
- D.** Fisuri în smalț, fracturi mici
- E. Vestibulo-poziții

(pag. 222-223)

13 Avantajele fațetării sunt :

- A.** Estetice: reabilitează fizionomia
- B.** Biologice: sunt mai conservative, mai puțin invazive
- C. Impun o bună manualitate
- D.** Funcționale: nu modifică ghidajul anterior
- E.** Economice: preț redus pentru pacient

(pag. 222)

14 Indicațiile coroanelor mixte:

- A. Dinți scurți cu retenție redusă
- B.** Dinți cu afecțiuni coronare ce nu mai beneficiază de metoda reconstituirii sau fațetării
- C.** Ca element de agregare pentru punți
- D.** În ocluzii adânci
- E.** Pe dinți în oropoziție pentru alinierea lor estetică

(pag. 229)

15 Dezavantajele coroanelor metalo-acrilice:

- A.** Legătura metal-acrilat este numai mecanică
- B. Ușor de realizat tehnic
- C. Cer preparări mai reduse
- D.** Afectare parodontală
- E.** Fațeta se uzează prin periaj

(pag. 241)

16 Metodele recente de realizare a scheletului metalic al coroanelor mixte sunt:

- A.** Galvanizarea
- B.** Sinterizarea
- C.** Turnarea din titan
- D. Ambutisarea
- E.** Tehnica Ceraplatin (Korber)

(pag. 240+241)

17 Contraindicațiile coroanei de substituție:

- A. Leziuni carioase extinse în suprafață și profunzime
- B. Malpoziții ce nu pot fi corectate ortodontic sau chirurgical
- C. Fracturări coronare în 1/3 medie sau cervicală
- D.** Canale radiculare curbe, inaccesibile, cu ace rupte
- E.** Pereți radiculari subțiri

(pag. 257+258)

18 Indicațiile coroanei de substituție sunt:

- A.** Fracturi coronare în 1/3 mijlocie sau cervicală
- B.** Malpoziții ce nu pot fi corectate ortodontic sau chirurgical
- C. Pereți radiculari subțiri
- D. Rădăcini scurte
- E. Fracturi radiculare

(pag. 257+258)

19 Dezavantajele coroanei fizionomice din acrilat:

- A.** Modificări cromatice în timp
- B.** Reflectarea redusă a luminii
- C. Tehnologie simplă de realizare
- D. Se pot aplica pe preparații fără prag
- E.** Se pot aplica pe preparații fără prag

(pag. 217)

20 Accidente și complicații după aplicarea inlay-urilor:

- A.** Caria secundară
- B.** Decimentarea
- C.** Fractura dintelui
- D.** Mortificări pulpare
- E. Fractura radiculară

(pag. 189)

21 Care din următoarele afirmații reprezintă indicații în cadrul terapiei de reconstituire coronară prin inlay:

- A.** Refacerea ocluziei funcționale sau prevenirea disfuncției ocluzale
- B. Retentori pe stalpi terminali sau intermediari în edentații intercalate întinse
- C. Ocluzii nefavorabile
- D.** Retentori pentru punți de întindere mică
- E.** Sprijin pentru protezele scheletate

(pag. 171)

22 In care din situatiile clinice enumerate mai jos este contraindicata terapia protetica prin coroane de invelis nemetalice (estetice):

- A. Fracturi dentare in 1/3 incizala
- B. Discromii, distrofii, displazii
- C. Unele malpozitii (oropozitia)

D. In ocluziile adanci traumatice

E. In ocluziile cap la cap (cele ceramice)

(pag. 190)

23 Care din urmatoarele afirmatii reprezinta indicatii in terapia protetica prin coroane de substitutie:

A. Malpozitii care nu pot fi corectate ortodontic sau chirurgical

B. Dinti depulpati, cu discromii si obturatii mari nearmate

C. Radacini prea scurte

D. Fracturi radiculare

E. Fracturi coronare in 1/3 mijlocie sau cervicala

(pag. 257-258)

24 Care din urmatoarele afirmatii privind caracteristicile scheletului metalic al coroanelor metalo-ceramice sunt corecte:

A. Sunt necesare macroretentii

B. Capa metalica este elastica

C. Grosimea capei metalice este de maxim 0,3 mm

D. Trecerea de la metal la materialul ceramic se face prin unghiuri rotunjite

E. Trecerea de la metal la materialul ceramic se face prin unghiuri ferme

(pag. 237)

Tema nr. 56

Elemente structurale ale puntilor dentare

Bibliografie asociata temei:

N. Forna (coordonator), C. De Baat, D. Bratu, V. Mercut, Al. Petre, S. Plopsor, T. Traistaru - Protetica dentara Vol. I, Editura Enciclopedica, Bucuresti, 2011.
pag. 434-482

*** 1 Dupa material, protezele partiale fixe pot fi confectionate:**

A. integral metalice

B. mixte, dintr-un singur material

C. prin turnare

D. prin turnare si polimerizare

E. intramucoase

(pag. 438-439)

*** 2 Longevitatea restaurarilor protetice fixe depinde de:**

A. cu cat pacientul este mai in varsta, cu atat longevitatea restaurarii este mai mare

B. cu cat intermediarii sunt mai multi, cu atat durata de functionalitate a restaurarii este mai lunga

C. factorii de risc la mandibula sunt mai crescuti decat la maxilar

D. proteza partiala fixa cu doi dinti stalpi are un prognostic mai bun decat una cu mai multi dinti stalpi

E. factorii ce tin de placaj nu pot influenta longevitatea restaurarii

(pag. 446-447)

*** 3 Intermediarii in semisa:**

A. modificarile vizeaza zona vestibulara

B. acopera versantul vestibular al crestei pana la coama acesteia

C. retientioneaza mai multe resturi alimentare fata de intermediarii in sa

D. se utilizeaza frecvent in zonele cu vizibilitate redusa la maxilar

E. au dimensiuni orale mai reduse, care impiedica igienizarea

(pag. 458)

*** 4 Reprezinta sisteme integrale polimerice:**

A. Procera

B. Dicor

C. Cerapearl Express

D. Targis-Vectris

E. Precident

(pag. 442)

*** 5 Intermediarii metalo-ceramici:**

A. au un schelet metalic deformabil

B. sunt fizionomici

C. sunt mai putin rezistenti

D. nu se recomanda conformarea unui "prag oral" in scheletul metalic

E. contactul corpului de punte cu mucoasa crestei este recomandat sa fie pe metal

(pag. 474-475)

6 Condițiile pe care trebuie să le îndeplinească intermediarii punților dentare sunt:

- A. să pastreze raporturi ocluzale favorabile cu dinții vecini
- B. să fie estetici**
- C. să înlocuiască funcțiile dinților pe care îi înlocuiesc**
- D. să permită acces maxim în vederea igienizării**
- E. să nu dea impresia că dințele “iese din gingie”
(pag. 452)

7 Corpurile de punte având intermediari cu contacte punctiforme:

- A. realizează contact punctiform cu mijlocul crestei edentate**
- B. se mai numesc și “corpuri de punte conice”**
- C. pe secțiune, au forma ovoidală
- D. sunt preferate în zonele de sprijin mandibulare**
- E. nu sunt indicate în cazul creștelor edentate înguste
(pag. 460)

8 După tehnologia de elaborare, punțile dentare pot fi obținute prin:

- A. turnare și coacere**
- B. turnare și polimerizare**
- C. electroeroziune**
- D. turnare computerizată
- E. polimerizare, în cazul punților metalo-ceramice
(pag. 439)

9 Protezele parțiale fixe cu intermediari integral polimerici:

- A. păstrează integritatea stopurilor ocluzale
- B. la ora actuală se folosesc pentru restaurări provizorii**
- C. nu suferă modificări cromatice în timp
- D. nu au o rezistență mecanică satisfăcătoare**
- E. intermediarii Targis-Vectris nu provoacă iritații în contact cu țesutul gingival**
(pag. 440-442)

10 În realizarea designului intermediarilor unei proteze parțiale fixe se au în vedere următoarele variabile:

- A. materialul din care va fi realizată restaurarea
- B. pretențiile estetice ale pacientului**
- C. forma crestei edentate**
- D. starea țesuturilor moi ce acoperă creasta edentată**
- E. lungimea și lățimea spațiului edentat**
(pag. 451)

11 Care sunt avantajele tehnicii Inzoma?

- A. se obține un corp de punte metalo-ceramic foarte rezistent**
- B. legătura aliaj-ceramică este puternică**
- C. se realizează o economie substanțială de aliaj**
- D. economia realizată la ceramică poate atinge 40%
- E. machetele intermediarilor sunt prefabricate din mase plastice
(pag. 479)

12 Funcțiile unei proteze parțiale fixe sunt:

- A. protecția crestei edentate**
- B. refacerea planului de ocluzie**
- C. închiderea breșei edentate**
- D. împiedică apariția migrațiilor dentare**
- E. protecția parodontiului dinților antagoniști
(pag. 435)

13 O proteză parțială fixă este alcătuită din:

- A. dinți stalpi
- B. intermediari**
- C. elemente de agregare**
- D. corp de punte**
- E. coroane de acoperire
(pag. 437)

14 Intermediarii micști:

- A. sunt realizați din două materiale**
- B. sunt cel mai puțin utilizați în prezent
- C. scheletul metalic este placat cu diverse aliaje
- D. materialul compozit nu trebuie să acopere complet scheletul metalic al corpului de punte**
- E. stopurile ocluzale ale intermediarilor placați cu polimeri trebuie să fie asigurate de suprafețele metalice**
(pag. 443-444)

15 Intermediarii în sa:

- A. au un design foarte asemănător cu al dinților naturali**
- B. realizează un contact larg cu creasta edentată**
- C. nu oblitesc ambrazurile vestibulare și proximale
- D. sunt ușor de igienizat
- E. se indică în special în zona frontală**
(pag. 457-458)

16 Crestele breselor edentate:

- A.** se pot conforam prin procedee chirurgicale pentru un anumit gen de intermediari
- B.** in functie de cantitatea de tesut pierdut, se impart in trei clase
- C. clasa a-III-a presupune pierdere in inaltime, cu pastrarea lungimii
- D. clasa I presupune pieredere atat in inaltime, cat si in latime
- E.** clasa I presupune pierdere in latime, cu pastrarea inaltimii

(pag. 464)

17 Intermediarul corect conceput in zona laterala are urmatoarele caracteristici, cu exceptia:

- A. toate suprafetele trebuie sa fie convexe
- B. contactul cu versantul vestibular al crestei trebuie sa fie minim
- C. tabla ocluzala sa fie in armonie cu dezocluzia tuturor dintilor
- D.** lungimea suprafetei vestibulare trebuie sa fie mai mare fata de cea a dintilor stalpi adiacenti
- E.** in cazul in care creasta este mult resorbita, trebuie prevenit aspectul de "spatii negre"

(pag. 469)

18 Intermediarii metalici:

- A.** se mai numesc si masivi
- B. se recomanda in zonele de sprijin maxilare
- C. indicatia majora este cand spatiul protetic e mai mic de 8 mm
- D.** se indica la mandibula, cand spatiul protetic e mai mic de 5 mm
- E. nu pot fi confectionati decat impreuna cu elementele de agregare

(pag. 470)

19 Corpurile de punte cu raport tangent liniar:

- A.** designul lor este diferit la maxilar fata de mandibula
- B.** ingustarea lor vestibulo-oral se face doar cand spatiul protetic este mic
- C.** la mandibula, reducerea suprafetei ocluzale se face in detrimentul cuspizilor linguali de ghidaj
- D.** suprafata linguala trebuie sa fie neteda, fara individualizarea intermediarilor
- E. ambrazurile dinspre elementele de agregare vor fi cat mai reduce

(pag. 460)

20 Puntile cu intermediari integral ceramici:

- A. necesita infrastructura metalica
- B.** au aparut odata cu dezvoltarea unor mase ceramice noi
- C.** rezistenta mecanica a ceramicii a fost imbunatatita prin inglobarea de oxizi de aluminiu
- D.** corpurile de punte trebuie sa fie de amplitudine cat mai redusa
- E. printre sistemele integral ceramice se numara: Hi-ceram, Cerestore, Targis-Vectris

(pag. 442)

* 21 Care din urmatoarele afirmatii reprezinta o conditie pe care trebuie sa o indeplineasca intermediarii puntilor dentare, dupa Glicman:

- A. Sa permita un acces minim pentru asigurarea unei igiene corespunzatoare
- B.** Sa pastreze raporturi ocluzale favorabile cu antagonistii
- C. Sa nu respecte ambrazurile cervicale
- D. Sa fie conceputi si elaborati pentru a retine resturi alimentare si placa dentara
- E. Sa nu preia functiile dintilor pe care ii inlocuiesc

(pag. 452)

22 Care din urmatoarele afirmatii privind corpul de punte cu intermediari suspendati sunt corecte:

- A.** Sunt utilizati in zonele cu importanta fizionomica minora
- B.** Grosimea in sens ocluzo-mucozal a corpului de punte trebuie sa fie de minim 3 mm
- C.** Suprafetele intermediarilor suspendati sunt convexe in ambele sensuri (vestibulo-lingual si mezio-distal)
- D.** Au rol in restaurarea stopurilor ocluzale si stabilizarea dintilor adiacenti si antagonisti
- E. Suprafetele intermediarilor suspendati sunt convexe numai in sens vestibulo-lingual

(pag. 461)

23 Care din urmatoarele afirmatii privind intermediarii corpurilor de punte cu contacte punctiforme sunt corecte:

- A.** Sunt preferate in zonele de sprijin mandibulare
- B.** Datorita aspectului se mai numesc si "corpuri de punte conice"
- C. Toti intermediarii realizeaza un singur contact punctiform cu creasta edentata
- D.** Fetele vestibulare si orale converg spre zona cervicala
- E. Fetele vestibulare si orale converg spre zona ocluzala

(pag. 460)

Bibliografie asociată temei:

N. Forna (coordonator), C. De Baat, D. Bratu, V. Mercut, Al. Petre, S. Plopsor, T. Traistaru - *Protetica dentara Vol. I, Editura Enciclopedica, Bucuresti, 2011.*
pag. 630-690

*** 1 Condițiile esențiale pe care trebuie să le îndeplinească un material de amprentă în protezarea fixă sunt următoarele, cu excepția:**

- ☒ A. fluiditate
- B. plasticitate
- C. fidelitate
- D. elasticitate
- E. stabilitate dimensională

(pag. 640)

*** 2 Alegerea unui anumit tip de material de amprentare se face ținând cont de anumite criterii:**

- A. timpul de păstrare al amprentei până la realizarea modelului
- B. necesitatea realizării succesive a mai multor modele
- C. manipulare facilă
- D. prețul de cost
- ☒ E. toate de mai sus

(pag. 640)

*** 3 În ceea ce privește relațiile model-amprentă, sunt adevărate următoarele:**

- A. amprenta reprezintă negativul dinților preparați
- B. amprenta servește drept "tipar" în turnarea modelului
- C. alegerea lingurii universale este importantă
- ☒ D. toate de mai sus sunt adevărate
- E. varianta c este falsă

(pag. 663-664)

*** 4 Materialele de amprentă fotopolimerizabile:**

- A. se livrează în seringi sau tuburi
- B. se încarcă în portamprente transparente
- C. modelele pot fi turnate până la două săptămâni după amprentare
- ☒ D. a, b, c sunt adevărate
- E. c este fals

(pag. 645)

*** 5 În cazul protezelor parțiale fixe cu sprijin implantar:**

- A. sunt necesare amprente foarte fidele
- ☒ B. pentru stalpii implantari neretentivi se recomandă tehnica sandwich
- C. stalpii implantari retentivi nu trebuie să rămână în amprentă, pentru a evita deformările
- D. toate afirmațiile sunt false
- E. toate afirmațiile sunt adevărate

(pag. 687-688)

6 Amprentarea în protezarea fixă se poate face prin următoarele metode:

- ☒ A. convențională, prin procedeu direct de machetare
- ☒ B. convențională, prin metoda indirectă
- ☒ C. opto-electronică
- D. mecano-electronică, bazată pe proprietățile fotonice ale luminii
- ☒ E. folosind dispozitive speciale, profilometre

(pag. 630-631)

7 Pentru a limita desprinderea materialului de amprentă de pe portamprentă:

- ☒ A. se asigură retenția materialului cu ajutorul retențiilor mecanice
- B. se umplu cu ceară sau cu alte materiale zonele neretentive
- ☒ C. nu se vor exercita tracțiuni directe pe portamprentă
- ☒ D. dezinserarea amprentei se face cu o mișcare cât mai rapidă
- E. dezinserarea amprentei se face cu o mișcare cât mai lentă

(pag. 633-634)

8 Obiectivele amprentei în protetica fixă sunt:

- ☒ A. redarea cât mai fidelă a preparatiei
- B. nu este necesară redarea limitei cervicale a preparatiei
- ☒ C. redarea rapoartelor preparatiei cu parodontiul marginal
- D. înregistrarea reliefului dinților omologi
- ☒ E. redarea rapoartelor preparatiei cu dinții vecini

(pag. 636)

9 Pregatirea santului gingival in vederea amprentarii are urmatoarele obiective:

- A. indepartarea permanenta a tesutului gingival de suprafata dentara
- B. evidentierea zonei cervicale si a unei parti din suprafata subiacenta**
- C. asigurarea accesului in plan vertical pentru elastomerul fluid**
- D. crearea unui spatiu pentru asigurarea grosimii marginii amprenteii**
- E. distantarea gingiei nu trebuie mentinuta pe toata durata intaririi amprenteii

(pag. 638)

10 Materialele de amprenta pot fi clasificate in:

- A. rigide ireversibile**
- B. semirigide ireversibile**
- C. termoplastice**
- D. elastice reversibile**
- E. elastice ireversibile (hidrocoloizi agar-agar)

(pag. 640)

11 Polieterii au urmatoarele proprietati:

- A. sunt materiale hidrofobe
- B. sunt materiale hidrofile**
- C. vascozitatea lor creste rapid**
- D. vascozitatea lor creste lent, datorita reactiei de polimerizare
- E. stabilitatea dimensionala este buna**

(pag. 643)

12 Materialele si instrumentele necesare realizarii amprenteii cu alginat sunt:

- A. compas**
- B. leucoplast**
- C. portamprenta individuala
- D. a,c
- E. a,b,c

(pag. 653)

13 Factorii care pot genera deformari sau lipsa unor detalii la nivelul amprenteii cu hidrocoloizi reversibili sunt:

- A. indepartarea rapida a amprenteii de pe campul protetic
- B. dezinsertia amprenteii inainte ca gelul sa fi atins temperatura de 37 grade celsius**
- C. exercitarea unor presiuni in cursul gelificarii**
- D. turnarea imediata a modelului
- E. intarzieri in turnarea modelului**

(pag. 656)

14 Amprentarea prin tehnica dublului amestec:

- A. este o amprenta globala monofazica**
- B. este o amprenta globala in doi timpi
- C. utilizeaza elastomeri in consistente diferite**
- D. vizeaza in majoritatea cazurilor amprentarea unui arcade intregi**
- E. tehnica de preteaza pentru siliconi si hidrocoloizi reversibili**

(pag. 669-670)

15 Amprenta arcadelor antagoniste:

- A. se ia de obicei cu linguri individuale si alginat
- B. se ia de obicei cu linguri standard**
- C. se poate lua si cu siliconi**
- D. cand pe arcada antagonista exista zone retentive, amprenta va inregistra doar zona supraecuatoriala**
- E. se poate lua si cu hidrocoloizi reversibili**

(pag. 671)

16 Inregistrarea ocluziei:

- A. este o etapa importanta in protetica fixa**
- B. permite montarea modelelor in articulator**
- C. clinic, se pot determina trei pozitii ocluzale**
- D. grosimea materialului care inregistreaza ocluzia trebuie sa permita imprimarea reliefurilor dentare pe o adancime de 1,5-2 mm**
- E. la ora actuala, nu se mai folosesc elastomeri de sinteza

(pag. 671-672)

17 Dezinfectia amprentelor:

- A. dezinfectia externa se caracterizeaza prin distrugerea germenilor prin actiune chimica si/sau fizica**
- B. poate fi si sub forma de autodezinfectie**
- C. materialele de amprenta se pot steriliza termic
- D. dezinfectia prin imersie nu presupune clatirea prealabila a amprenteii**
- E. eficienta baii dezinfectante este constanta

(pag. 676-677)

18 In alegerea lingurii pentru amprentare se tine cont de:

- A. la amprenta cu alginat, se aleg linguri cu perforatii
- B.** la amprenta cu siliconi chitosi, se utilizeaza portamprenta cu orificii
- C. pentru amprenta de spalare sunt recomandate linguri din mase plastice
- D.** daca stratul de material dintre portamprenta si campul protetic este prea subtire, pot apare deformari
- E.** majoritatea problemelor apar in alegerea lingurii mandibulare

(pag. 683-684)

19 Timpul scurs intre efectuarea preparatiei si momentul amprentarii:

- A.** este un parametru important, frecvent neglijat
- B. daca in timpul prepararii bonturilor se lezeaza parodontiul marginal, e bine sa se astepte 3 zile pana la amprentare
- C. in cazul unei preparatii in totalitate subgingivala, se indica amprentarea in aceeasi sedinta
- D.** in cazul lezarii parodontiului marginal, se recomanda ca amprentarea sa fie efectuata dupa o saptamana
- E. aceasta nu este in toate cazurile un parametru important

(pag. 682)

20 Amprentarea ocluziei:

- A.** se inregistreaza cu un material cu plasticitate mare in faza initiala
- B.** in protetica fixa, Shillingburg recomanda utilizarea unei chei de ceara
- C. elastomeri de sinteza nu sunt recomandati
- D.** se poate inregistra cu ceara speciala de tip Beautypink
- E.** cheia de ocluzie obtinuta serveste la montarea corecta a modelelor in articulator

(pag. 672)

*** 21 Care din urmatoarele materiale de amprentă utilizate în protezarea fixă face parte din grupa materialelor elastice reversibile:**

- A.** Hidrocoloizii agar – agar
- B. Gutaperca
- C. Ceruri
- D. Siliconi
- E. Polieteri

(pag. 640)

*** 22 Care afirmație privind alegerea materialului din care se va confecționa lingura individuală de amprentă este corectă:**

- A. Modul de elasticitate scăzut
- B. Imposibilitatea controlării depunerii unui strat uniform de material de amprentă
- C. Toleranță la umiditate
- D. Adeziune slabă a materialului de amprentă la lingură
- E.** Stabilitatea formei și a volumului atât la aer cât și în mediu umed

(pag. 665)

*** 23 Care afirmație privind tehnica de amprentare cu hidrocoloizi reversibili este corectă:**

- A. Dezinserția amprentei înainte ca gelul să fi atins temperatura de 37°C
- B. Stoperalele adezive nu trebuie să ia contact cu suprafețele ocluzale ale dinților nepreparați
- C.** Dezinserția amprentei când gelul a atins temperatura de 37°C
- D. Lingura cu materialul de amprentă se poate depozita în baia de lucru pe timp nelimitat
- E. Tuburile ce conțin hidrocoloidul reversibil se depun direct în baia de depozitare

(pag. 655-656)

*** 24 Care din urmatoarele afirmații reprezintă un avantaj în utilizarea materialelor de amprentă fotopolimerizabile:**

- A. Necesitatea unor linguri speciale
- B.** Manipularea materialului este extrem de simplă, fiind eliminată omogenizarea și încărcarea amestecului în seringi
- C. Depozitarea materialului prelevat din tub / seringă într-un loc întunecos dacă se întârzie inserarea lingurii pe câmpul protetic.
- D. Dificultatea polimerizării în zonele greu accesibile spotului luminos
- E. Nu se poate utiliza la pacienții cu alergii la uretani

(pag. 645-646)

*** 25 Care din următoarele afirmații reprezintă un avantaj în utilizarea materialelor de amprentă fotopolimerizabile:**

- A. Dificultatea polimerizării în zonele greu accesibile spotului luminos
- B. Depozitarea materialului prelevat din tub / seringă într-un loc întunecos dacă se întârzie inserarea lingurii pe câmpul protetic.
- C. Necesitatea unor linguri speciale
- D. Practicianul are un control desăvârșit asupra timpului de lucru. Intervalul de priză este relativ scurt, aproximativ 3 min.**
- E. Nu se poate utiliza la pacienții cu alergii la uretani

(pag. 645-646)

26 Care din următoarele afirmații reprezintă obiective ale amprenteii în protetica fixă:

- A. Redarea cât mai fidelă a formei, detaliilor și dimensiunilor preparației**
- B. Preluarea și redarea parțială a rapoartelor preparației cu parodontiul marginal
- C. Înregistrarea și redarea cât mai corectă a reliefului dinților antagoniști**
- D. Redarea exactă a rapoartelor preparației cu dinții vecini**
- E. Realizarea unui model de lucru cât mai apropiat de câmpul protetic**

(pag. 636)

27 Care din următoarele afirmații constituie obiective în pregătirea șanțului gingival pentru reproducerea fidelă a zonei terminale a bontului în protetica fixă:

- A. Îndepărtarea definitivă a țesuturilor gingivale de suprafețele dentare pentru a evidenția zona cervicală și o parte din suprafața subiacentă
- B. Îndepărtarea temporară a țesuturilor gingivale de suprafețele dentare pentru a evidenția zona cervicală și o parte din suprafața subiacentă**
- C. Crearea unui spațiu, în plan orizontal, care să asigure grosime suficientă marginii amprenteii**
- D. Spațiul creat pentru materialul de amprentare trebuie să fie umed, cu urme de salivă și secreții sulculare
- E. Distanțarea gingiei trebuie menținută pe toată durata întăririi amprenteii**

(pag. 638)

28 Care din următoarele afirmații constituie dezavantaje ale materialelor de amprentă fotopolimerizabile:

- A. Necesitatea unor linguri speciale, transparente**
- B. Materialul se poate utiliza la pacienții cu alergii sau sensibilitate crescută la uretani, acilați sau metacilați
- C. Dificultatea polimerizării în zonele greu accesibile spotului luminos**
- D. Depozitarea materialului prelevat din tub / seringă la lumină, dacă se întârzie inserarea lingurii pe câmpul protetic
- E. Depozitarea materialului prelevat din tub / seringă într-un loc întunecos, dacă se întârzie inserarea lingurii pe câmpul protetic**

(pag. 645-646)

29 Care din următoarele afirmații reprezintă exigențe privind alegerea materialului din care se va confecționa lingura individuală de amprentă în protetica fixă:

- A. Stabilitatea formei atât la aer cât și în mediu umed**
- B. Modul de elasticitate scăzut
- C. Rezistență la umiditate**
- D. Rezistență la umiditate**
- E. Instabilitatea formei și a volumului atât la aer cât și în mediul umed

(pag. 664-665)

30 Care din următoarele afirmații reprezintă dificultăți ce apar în timpul amprentării cu silicon de aditie în sistemul Penta:

- A. Incluziuni de aer la nivelul limitei de preparație**
- B. Adeziune perfectă a siliconului de lingura de amprentă
- C. Fisuri reprezentate parțial**
- D. Materialul nu face / face priză foarte încet**
- E. Legătură slabă între materialul de corectură și amprenta inițială**

(pag. 665-666)

31 Reprezintă criterii în alegerea materialelor și metodelor de amprentare în protetica fixă prin metoda convențională următoarele afirmații:

- A. Gradul fidelității materialului de amprentă**
- B. Intervalul de timp care stă la dispoziția practicianului pentru realizarea amprenteii**
- C. Instabilitatea dimensională a materialului de amprentă
- D. Posibilitatea de conservare și de confecționare repetată a modelului**
- E. Specificul metodelor și materialelor de care dispunem pentru realizarea modelului**

(pag. 631)

32 Care din următoarele metode de amprentare se utilizează în protezarea fixă:

- A.** Convențională, prin procedeul direct, când macheta protezei unidentare se face direct în cavitatea bucală
- B.** Convențională, prin procedeul indirect, cu diverse materiale de amprentă în linguri de amprentă standard sau individuale
- C.** Mecanică, ce utilizează proprietățile ondulatorii și fotonice ale luminii
- D.** Mecanică sau mecano-electronică ce utilizează dispozitive speciale numite profilometre
- E.** Optică, ce utilizează proprietățile ondulatorii și fotonice ale luminii

(pag. 630-631)

33 Care din următoarele materiale de amprentă fac parte din gupa materialelor elastice ireversibile utilizate în protetica fixă:

- A.** Alginate
- B.** Polisulfuri
- C.** Materiale bucoplastice
- D.** Polimeri acrilici
- E.** Polieteri

(pag. 640)

34 Care din următoarele materiale de amprentă fac parte din gupa materialelor rigide reversibile utilizate în protetica fixă:

- A.** Compounduri Stents
- B.** Polimeri acrilici
- C.** Materiale bucoplastice
- D.** Siliconi
- E.** Gutaperca

(pag. 640)

35 Care din următoarele afirmații constituie reguli în amprentarea cu hidrocoloizi ireversibili(alginate):

- A.** Masurarea distanței dintre cele două puncte ectomolare superioare sau inferioare
- B.** Utilizarea unei linguri de amprentă prevăzută cu retenții
- C.** Gabaritul transversal al portamprentei depășește cu 3mm de fiecare parte distanța măsurată între cele două puncte ectomolare
- D.** Dozarea pulberii și a apei se face cu ajutorul unor dozatoare anexate la ambalajul produsului
- E.** Îndepărtarea rapidă a amprentei de pe câmpul protetic înainte de priza finală a materialului

(pag. 653-654)

36 Care din următoarele cauze produc deformări ale materialului de amprentă:

- A.** Relaxarea din solicitările induse în timpul prizei
- B.** Sinereza (pierderea de apă) la hidrocoloizi
- C.** Imbibiția la hidrocoloizi și polieteri
- D.** Contractia prin șoc termic la elastomeri și prin creșterea de greutate la siliconii ce reticulează prin condensare
- E.** Contractia prin șoc termic la elastomeri și prin pierderea de greutate la siliconii ce reticulează prin condensare

(pag. 634)

37 Toate materialele de amprentă prezintă o curbă specifică de priză ce variază sub influența unor factori:

- A.** Temperatura
- B.** Umiditatea
- C.** Dozajul catalizatorului
- D.** Malaxarea
- E.** Vîscozitatea

(pag. 647)

38 Amprenta cu hidrocoloizi ireversibili (alginate) cu linguri standard este indicată pentru:

- A.** Arcadele antagoniste
- B.** Modelele de studiu și documentare
- C.** Modelele pentru realizarea portamprentelor
- D.** Coroane și punți (doar alginat clasa A)
- E.** Modele de lucru pentru incrustatii

(pag. 653)

39 Indiferent de elastomerul de sinteză folosit tehnologia de amprentare are o serie de faze comune:

- A.** Pregătirea șanțului gingival când se amprentează bonturi coronare cu zone terminale situate intrasulcular
- B.** Amprentarea șanțului gingival
- C.** Amprentarea cu portamprente individuale a preparațiilor împreună cu dinții întregii arcade
- D.** Amprentarea arcadei antagoniste cu alginat
- E.** Înregistrarea relațiilor ocluzale

(pag. 658)

40 În timpul amprentării cu siliconi de adiție (utilizând sistemul Penta), legătura slabă între materialul de corectură și amprenta inițială se datorează:

- A.** Utilizării unor clase de material incompatibile
- B.** Contaminării amprentei inițiale
- C. Tensiunii superficiale prea mari
- D. Tensiunii superficiale prea mari
- E.** Restaurarea provizorie a fost realizată direct înaintea amprentei

(pag. 666)

41 Care din următoarele afirmații reprezintă obiective ale amprentării în protetica fixă:

- A. Redarea parțială a formei, detaliilor și dimensiunilor preparatelor
- B.** Preluarea și redarea cu fidelitate maximă a rapoartelor preparatelor cu parodontiul marginal
- C.** Înregistrarea și redarea cât mai corectă a reliefului dinților antagoniști
- D.** Redarea exactă a rapoartelor preparatelor cu dinții vecini
- E.** Posibilitatea obținerii unui model de lucru cât mai exact

(pag. 636)

42 Care din următoarele afirmații privind factorii clinici ce influențează fidelitatea unei amprente în protetica fixă sunt corecte:

- A. Suprafețele de amprentat trebuie să fie umede
- B. Înregistrarea limitelor preparatelor nu este esențială
- C.** În cazul preparatelor subgingivale, materialul de amprentă trebuie să depășească limita preparatelor
- D.** În cazul preparatelor subgingivale este contraindicată amprentarea în aceeași sedință cu prepararea bonturilor
- E.** Înainte de amprentare se efectuează o asanare parodontală corectă, pe cadrane

(pag. 637)

43 Care din următoarele afirmații privind pregătirea santului gingival pentru reproducerea fidelă a zonei terminale a bontului, în protetica fixă, sunt corecte:

- A. Îndepărtarea definitivă a tesuturilor gingivale de suprafețele dentare
- B.** Crearea unui spațiu în plan orizontal care să asigure grosimea suficientă marginii amprentei
- C.** Îndepărtarea temporară a tesuturilor gingivale de suprafețele dentare
- D.** Spațiul creat pentru materialul de amprentă trebuie să fie uscat, fără salivă, secreții sulculare sau sânge
- E.** Spațiul creat pentru materialul de amprentare se menține uscat pe perioada întăririi intraorale a materialului de amprentă

(pag. 638)

Tema nr. 58

Etape ale terapiei prin punți dentare: înregistrarea relațiilor mandibulo-craniene

Bibliografie asociată temei:

N. Forna (coordonator), C. De Baat, D. Bratu, V. Mercut, Al. Petre, S. Plopsor, T. Traistaru - Protetica dentară Vol. I, Editura Enciclopedică, București, 2011.

pag. 690-740

*** 1 Termenul de „point centric” definește:**

- A. coincidența poziției de postură și de relație centrică
- B. existența unei libertăți de mișcare a mandibulei în relație centrică în sens transversal de cca 1 mm
- C.** coincidența poziției de intercuspidare maximă și de relație centrică
- D. poziția de postură
- E. același lucru ca și termenul de „wide centric”

(pag. 709)

*** 2 Care din următoarele metode este utilizată pentru determinarea spațiului minim de vorbire:**

- A.** metoda Wild
- B. metoda Leonardo Da Vinci modificată
- C. metoda Willis
- D. metoda Swenson
- E. metoda Boianov

(pag. 699)

*** 3 Care din următoarele caracteristici aparține ocluziei centrice:**

- A. orice dinte vine în contact cu doi dinți antagoniști
- B.** cuspidul mezio-vestibular al primului molar maxilar se angrenează între cuspidul mezio-vestibular și medio-vestibular al primului molar mandibular
- C. liniile mediane ale celor două arcade dentare nu se află în același plan
- D. arcada maxilară este circumscrisă de către cea mandibulară
- E. dinții maxilari se află într-o poziție mezializată față de cei mandibulari

(pag. 712-713)

*** 4 Poziția de intercuspidare maximă:**

- A. coincide întotdeauna cu cea de relație centrică
- B. în poziția de intercuspidare maximă se înregistrează o contracție voluntară maximă a mușchilor coborâtori ai mandibulei
- C. la cca 90% dintre subiecți, poziția de intercuspidare maximă se găsește posterior de cea de relație centrică
- D.** este o poziție funcțională folosită în deglutiție
- E. în poziția de intercuspidare maximă se înregistrează o contracție involuntară maximă a mușchilor coborâtori ai mandibulei

(pag. 709)

*** 5 În mod normal, dimensiunea verticală de postură este:**

- A. mai mică cu 2 - 4mm față de dimensiunea verticală de relație centrică
- B.** mai mare cu 2 - 4mm față de dimensiunea verticală de relație centrică
- C. egală cu dimensiunea verticală de relație centrică
- D. măsurată între punctele nasion - gnation
- E. măsurată între punctele nasion - subnazale

(pag. 699)

6 Parametrii ocluzali sunt reprezentați de către:

- A.** cuspidii de sprijin
- B.** planul de ocluzie
- C. dimensiunea verticală de ocluzie
- D.** ghidajul anterior
- E. spațiul minim de vorbire

(pag. 710)

7 Care din următoarele afirmații despre metoda Leonardo Da Vinci de determinare a relației centrice la pacientul dentat sunt adevărate:

- A.** compară dimensiunea etalon măsurată nasion – subnazale cu dimensiunea modificată subnazale – gnation
- B. este o metodă antropometrică cu repere preextractionale
- C.** este o metodă antropometrică fără repere preextractionale
- D. compară dimensiunea etalon măsurată trichion – ophrion cu dimensiunea ophrion – nasion
- E. este o metodă funcțională

(pag. 698)

8 Reperele cu ajutorul cărora se poate verifica relația de postură corectă sunt:

- A. frontal
- B.** dentar
- C.** labial
- D. temporal
- E.** osos

(pag. 695)

9 Semnele și simptomele caracteristice afectării etajului inferior al feței și care impun corectarea înălțimii acestuia sunt:

- A. spațiu de inocluzie fiziologică < 4mm
- B.** pierderea stopurilor ocluzale
- C.** disfuncția ATM
- D.** spațiu de inocluzie fiziologică > 4mm
- E. stergerea santului nazo-labial

(pag. 703)

10 Relația centrică:

- A.** este relația existentă între mandibulă și craniu la o dimensiune verticală de ocluzie corectă, cu condilii situați în poziția lor cea mai retrasă, nefortată în cavitatea glenoidă
- B.** este cea mai retrudată poziție fiziologică a mandibulei față de maxilar
- C.** poate fi înregistrată prin metoda flexiei forțate a capului
- D. poate fi înregistrată prin metoda Wild
- E.** se află în apropiere de axa balama

(pag. 705-706)

11 Determinarea relatiei centrice prin metoda înscrierii grafice prezintă următoarele caracteristici:

- A. utilizează pentru înscriere unghiul Bennett
 - B. utilizează pentru înscriere unghiul goniac
 - C. folosește sabloane de ocluzie**
 - D. este o metodă complexă**
 - E. utilizează pentru înscriere arcul gotic**
- (pag. 707)

12 În cazul unei ocluzii ideale, contactele dento-dentare sunt:

- A. localizate precis**
 - B. stabile**
 - C. de tip cuspid – cuspid
 - D. punctiforme**
 - E. multiple**
- (pag. 713)

13 Determinarea nivelului planului de ocluzie în cadrul tratamentului prin punți dentare se realizează astfel:

- A. în funcție de tipul de edentație, ghidându-ne după reperele odontale restante**
 - B. la fel atât pentru zona frontală a arcadei, cât și pentru cea laterală
 - C. la mijlocul distanței dintre cele două creste edentate pentru zona frontală
 - D. la mijlocul distanței dintre cele două creste edentate pentru zona laterală**
 - E. în cazul atrofiei și resorbției exagerate la nivelul unui maxilar, planul de ocluzie se va apropia de câmpul protetic antagonist
- (pag. 739)

14 Dinamica mandibulară prezintă următorii determinanți:

- A. ariile ocluzale**
 - B. determinantul funcțional**
 - C. determinantul anatomic mijlociu
 - D. determinantul fundamental
 - E. ATM**
- (pag. 715)

15 Reperele poziției de relație centrică sunt:

- A. reperrul articular**
 - B. reperul auricular
 - C. reperul muscular**
 - D. reperul frontal
 - E. reperul temporal
- (pag. 716)

16 Care din următorii cuspiți sunt cuspiți de sprijin:

- A. cuspiții palatinali ai premolarilor și molarilor maxilari**
 - B. cuspiții linguali ai premolarilor și molarilor mandibulari
 - C. cuspiții vestibulari ai premolarilor și molarilor maxilari
 - D. cuspiții vestibulari ai premolarilor și molarilor mandibulari**
 - E. marginile incizale ale incisivilor și caninilor mandibulari**
- (pag. 710)

17 Care din următorii cuspiți sunt cuspiți de ghidaj:

- A. cuspiții palatinali ai premolarilor și molarilor maxilari
 - B. cuspiții linguali ai premolarilor și molarilor mandibulari**
 - C. cuspiții vestibulari ai premolarilor și molarilor maxilari**
 - D. cuspiții vestibulari ai premolarilor și molarilor mandibulari
 - E. marginile incizale ale incisivilor și caninilor mandibulari
- (pag. 710-711)

18 Care din următoarele metode de determinare a dimensiunii verticale a etajului inferior al feței la pacienții edentați parțial sunt metode antropometrice fără repere preextractionale:

- A. metoda Wild
 - B. metoda Boianov**
 - C. metoda Robinson
 - D. metoda Silverman
 - E. metoda Willis**
- (pag. 698)

19 În ce constă pregătirea pacientului edentați parțial în vederea determinării poziției de relație centrică în cadrul tratamentului protetic prin punți dentare:

- A. pacientul va fi așezat în fotoliul dentar cât mai relaxat, în decubit lateral
 - B. se vor utiliza metode de relaxare musculară**
 - C. se vor îndepărta orice reflexe cu punct de plecare articular**
 - D. pacientul va fi plasat în condiții ideale de echilibru fiziologic și psihic**
 - E. pacientul va fi așezat în fotoliul dentar, cu capul sprijinit pe tetieră și în unghi de 90° cu trunchiul
- (pag. 697)

20 Care din următoarele afirmatii referitoare la metoda homotropismului linguo-mandibular de determinare a relației centrice sunt adevărate:

- A. constă în dirijarea mandibulei în poziția sa centrică prin comprimarea postero - anterioară a mentonului
- B. este o metodă derivată din metoda Lauritzen - Barelle
- C.** se bazează pe reflexul conform căruia mandibula urmează limba în periplul său static sau dinamic
- D. este o metodă complexă de determinare a relației centrice
- E.** datorită homotropismului, mandibula va urma limba și va căpăta o poziție apropiată de relația centrică

(pag. 701)

*** 21 Posselt definește poziția de postură astfel:**

- A. Poziția habituală atunci când pacientul este relaxat, în poziție ortostatică iar condiliile se află într-o poziție neutră fără a fi forțați în cavitatea glenoidă
- B. Poziția pe care o ocupă mandibula unui individ calm, relaxat, respirând normal pe nas, în poziție așezat, dar cu capul nesprîjinit, ci orientat după planul Frankfurt, mușchii fiind în stare de repaus aparent
- C. Poziție de echilibru tonic al complexului muscular de la care pleacă și la care ajung toate mișcările mandibulei
- D.** Relația dintre mandibulă și craniu care se întâlnește cel mai frecvent atunci când subiectul se află în poziție ortostatică sau așezat într-o stare de relativă pasivitate
- E. Suma rapoartelor cranio-mandibulare atunci când mandibula se află sub efectul echilibrului tonic antigravific al musculaturii manducătoare

(pag. 691)

*** 22 Relația centrică este definită de Academia internațională de Gnatologie astfel:**

- A. Mandibula este în relație centrică atunci când condiliile se află în poziția lor cea mai retrudată din care maxilarele pot face mișcări laterale.
- B. Raport constant al mandibulei față de baza craniului și maxilar în care condiliile sunt situate în mod neforțat în poziția cea mai înaltă, retrudată, mediană și simetrică în fosele mandibulare.
- C. Mandibula se află în relație centrică numai la sfârșitul ciclului masticator și în timpul deglutiției, fiind poziția în care condiliile sunt fixați în axa balama terminală
- D.** Poziția fiziologică a mandibulei față de baza craniului și maxilar în care ambii condili sunt în relație corespunzătoare cu discul lor articular. În această poziție ansamblurile condilo-discale sunt stabilizate pe pantele posterioare ale tuberculilor articulari în fosele mandibulare
- E. Poziția mandibulo-maxilară când condiliile împreună cu porțiunea cea mai subțire (avasculară) a meniscului articular se situează într-o poziție antero-superioară în raport cu pantele tuberculilor articulari.

(pag. 696)

*** 23 La realizarea relației de postură participă următorul element activ:**

- A. Complexul structural mușchi-tendon
- B. Acțiunea barică pozitivă
- C.** Factorul nervos
- D. Acțiunea pasivă a țesuturilor articulare și periarticulare
- E. Acțiunea barică negativă

(pag. 692)

*** 24 Relația centrică poate fi determinată cu următoarea metodă complexă:**

- A. Metoda homotropismului lingo-mandibular
- B. Metoda deglutiției
- C. Metoda compresiunii pe menton
- D.** Memoria ocluzală Lejoyeaux
- E. Metoda flexiei forțate a capului

(pag. 706)

*** 25 Relația centrică poate fi înregistrată utilizând următoarea metodă simplă :**

- A. Metoda înscrierii grafice
- B. Memoria ocluzală Lejoyeaux
- C.** Metoda deglutiției
- D. Autoocluzorul Lende
- E. Metoda stimulării electrice bilaterale Jenkelson

(pag. 708-709)

26 Elementele pasive care participă la realizarea poziției de postură sunt reprezentate de :

- A. Factorul muscular
- B. Complexul structural mușchi-tendon**
- C. Acțiunea pasivă a țesuturilor articulare și periarticulare**
- D. Acțiunea barică negativă**
- E. Factorul nervos

(pag. 692)

27 Elementele active care participă la realizarea poziției de postură sunt reprezentate de :

- A. Factorul muscular**
- B. Complexul structural mușchi-tendon
- C. Acțiunea pasivă a țesuturilor articulare și periarticulare
- D. Acțiunea barică negativă
- E. Factorul nervos**

(pag. 692)

28 Reglarea tonusului muscular se realizează prin următoarele mecanisme:

- A. Circuitul de reglare al neuronului intercalar Renshaw**
- B. Aferențele corticale**
- C. Aferențele subcorticele**
- D. Aferențele periferice**
- E. Aferențele vegetative

(pag. 693)

29 Metodele antropometrice cu repere preextraționale utilizate pentru determinarea dimensiunii verticale a etajului inferior sunt:

- A. Utilizarea profilometrului Sears**
- B. Metoda Swenson**
- C. Metoda Silvermann**
- D. Metoda Wright**
- E. Metoda Leonardo da Vinci

(pag. 697)

30 Metodele antropometrice fără repere preextraționale utilizate pentru determinarea dimensiunii verticale a etajului inferior sunt:

- A. Metoda Swenson
- B. Metoda Leonardo da Vinci**
- C. Metoda Boianov**
- D. Metoda Willis**
- E. Metoda Wright

(pag. 698)

31 Metodele funcționale fonetice utilizate pentru determinarea relației de postură sunt:

- A. Metoda Leonardo da Vinci
- B. Metoda Wild**
- C. Metoda Silverman**
- D. Metoda Landa
- E. Metoda Robinson**

(pag. 699)

32 Parametrii ocluzali sunt reprezentați de :

- A. Ariile ocluzale**
- B. Cuspizii de sprijin**
- C. Cuspizii de ghidaj**
- D. Panta tuberculului articular
- E. Ghidajul anterior**

(pag. 710)

33 Ocluzia habituală este:

- A. O poziție de referință
- B. O poziție de obișnuință**
- C. O poziție de confort**
- D. O intercuspidadă maximă obținută în condiții de dezvoltare anormală a sistemului stomatognat care conduce mandibula în poziție excentrică față de craniu**
- E. O poziție de conveniență**

(pag. 713)

34 Curba de ocluzie sagitală (curba Spee):

- A. Rezultă din unirea vârfurilor cuspizilor vestibulari ai dinților laterali**
- B. Este convexă la maxilar**
- C. Este concavă la mandibulă**
- D. Prezintă un centru la nivelul cristei Galli**
- E. Rezultă din unirea vârfurilor cuspizilor orali ai dinților laterali

(pag. 711)

35 Metodele simple de înregistrare a relației centrice sunt:

- A. Metoda homotropismului linguomandibular**
- B. Metoda deglutiției**
- C. Metoda compresiunii pe menton**
- D. Metoda stimulării electrice bilaterale Jenkelson
- E. Memoria ocluzală Lejoyeaux

(pag. 705-706)

36 Metode complexe de determinare a relației centrice:

- A.** Metoda înscrierii grafice
- B. Metoda extensiei forțate a capului
- C.** Memoria ocluzală Lejoyeaux
- D.** Autoocluzorul Lende
- E.** Centrocordul Optow

(pag. 708)

37 Relația de postură corect indusă poate fi apreciată prin verificarea următoarelor repere caracteristice:

- A.** Reperul articular
- B.** Reperul muscular
- C. Reperul tegumentar
- D.** Reperul osos
- E.** Reperul dentar

(pag. 695)

38 Înălțimea etajului inferior trebuie corectată dacă sunt prezente următoarele semne și simptome caracteristice:

- A. Uzura redusă a dinților restanți compensată prin egresii dentare
- B.** Breșe edentate întinse cu pierderea stopurilor ocluzale
- C.** Spațiu de inocluzie fiziologică mai mare de 4 mm
- D. Mărirea distanței subnazale-gnation și ștergerea șanțului nazo-labial
- E.** Diminuarea eficienței masticatorii

(pag. 703)

39 Neadaptarea cervicală a coroanelor pe bont poate fi determinată de:

- A. Minusuri pe suprafața internă a componentei metalice
- B.** Resturi din cimentul provizoriu
- C. Existența unor arii de contact prea largi
- D.** Plusuri pe suprafața internă a componentei metalice
- E.** Existența unor arii de contact prea strânse

(pag. 743)

40 Fixarea provizorie se practică din mai multe considerente:

- A.** Verificarea adaptării pieselor protetice în cele trei sfere: proximală, cervicală și ocluzală
- B.** Cimentarea de durată se face mai corect deoarece inserarea protezelor parțiale fixe este mai exactă
- C. Verificarea adaptării scheletului metalic
- D. Asigurarea unei perioade de adaptare a musculaturii faciale
- E.** Verificarea aspectului fizionomiei și al fonației

(pag. 749)

*** 41 Inregistrarea relației centrice se poate realiza prin următoarea metoda complexă:**

- A. Metoda "homotropismului linguo-mandibular"
- B. Metoda compresiunii pe menton
- C. Metoda deglutitiei
- D. Metoda flexiei forțate a capului
- E.** Metoda înscrierii grafice

(pag. 705-707)

42 Care din următoarele afirmații reprezintă caracteristici ale determinării relației centrice prin metoda înscrierii grafice în cadrul terapiei protetice prin punți dentare:

- A.** Se înregistrează traiectoria de mișcare mandibulară prin mișcări test de propulsie (protruzie) și lateralitate dreapta-stânga
- B.** Din înscriere rezultă un unghi de 120 de grade numit și arc gotic
- C. Este o metodă simplă de determinare a relației centrice
- D.** Mișcările de propulsie și retropulsie sunt maxime
- E.** Varful arcului gotic corespunde relației centrice

(pag. 707)

43 Care din următoarele afirmații reprezintă caracteristici ale ocluziei centrice:

- A.** Arcada maxilară circumscrie arcada mandibulară atât în zona frontală cât și în zona laterală
- B.** Liniile mediene ale celor două arcade dentare se află în același plan
- C.** Cuspidul mezio-vestibular al primului molar maxilar se angrenează între cuspidul mezio-vestibular și medio-vestibular al primului molar mandibular
- D. Datorită dimensiunii reduse a incisivilor mandibulari în raport cu cei maxilari, dinții maxilari se află într-o poziție mezializată față de cei mandibulari
- E. Cuspidul mezio-vestibular al primului molar maxilar se angrenează între cuspidul medio-vestibular și cel disto-vestibular al primului molar mandibular

(pag. 712-713)

Bibliografie asociata temei:

N. Forna (coordonator), C. De Baat, L. Lascu, M.
Pauna - Protetica dentara Vol. II, Editura
Enciclopedica, Bucuresti, 2011.
pag. 32-83

* 1 **Testele de vitalitate mecanice (forajul
explorator) au urmatoarele caracteristici:**

- A. se recomandă a fi primul dintre testele de vitalitate utilizate
- B. un dinte cu pulpită cronică va genera un răspuns intens pozitiv
- C. constă în trepanarea dintelui la locul de electie**
- D. utilizează curenti continui rectangulari
- E. se realizează cu o freză sferică montată în piesa contraunghi

(pag. 48-49)

* 2 **Testele de vitalitate pulpară prezintă
urmatoarele caracteristici:**

- A. înregistrează statusul fibrelor nervoase si al vaselor de sânge
- B. se recomandă ca forajul explorator să fie primul test de vitalitate utilizat
- C. anxietatea pacientului poate genera un răspuns fals negativ la aceste teste
- D. se pot realiza cu stimuli termici, electrici sau mecanici**
- E. hiperreactivitatea pacientului poate genera un răspuns fals negativ

(pag. 46-48)

* 3 **Curba de ocluzie sagitală se mai numeste si:**

- A. Monson si Villain
- B. Spee - Balkwill**
- C. Dawson
- D. Ramfjord
- E. Jankelson

(pag. 58)

* 4 **Perpendiculara pe planul de la Frankfurt în
punctul suborbitar, care trece prin canin,
comisură si punctul antropometric gnation
se numeste:**

- A. planul Dreyfus
- B. planul Simon**
- C. planul Camper
- D. planul palatin
- E. planul de ocluzie

(pag. 75)

* 5 **Zona funcțională linguală retromolară se mai
numeste si:**

- A. Ney si Bowmann**
- B. puna Eisenring
- C. puna lui Fisch
- D. zona Ah
- E. Fibonacci

(pag. 45)

6 **În cadrul examenului cervicofacial al
pacientilor edentati partial sau total,
inspectia de profil urmăreste:**

- A. unghiul nazo - labial**
- B. unghiul gotic
- C. unghiul goniac**
- D. expresia fetei
- E. proportia etajelor fetei

(pag. 36)

7 **În cadrul examenului cervicofacial al
pacientilor edentati partial sau total, prin
palparea masei musculare se evaluează:**

- A. dezvoltarea muschiului**
- B. consistenta**
- C. temperatura
- D. tonicitatea**
- E. sensibilitatea**

(pag. 38)

8 **În cadrul examenului cervicofacial al
pacientilor edentati partial sau total, palparea
planului osos urmăreste:**

- A. integritatea osoasă**
- B. tonicitatea
- C. denivelările în treaptă**
- D. eventualele deformări**
- E. consistentă

(pag. 40)

9 **Prin palparea articulatiei temporo -
mandibulare se apreciază:**

- A. pozitia condililor mandibulari**
- B. modificările de culoare de la nivelul tegumentului supraiacent
- C. excursiile condiliene**
- D. zgomotele articulare**
- E. amplitudinea deschiderii gurii

(pag. 41-42)

10 Care din următoarele afirmatii referitoare la examinarea zonei Ah sunt adevărate:

- A. este suficient ca examinarea zonei Ah să se realizeze în statică
- B. se face prin punerea în tensiune a vălului palatin**
- C. poate decela o poziție verticală a vălului palatin**
- D. se realizează prin manevra Valsalva**
- E. se realizează prin palpare cu un fuloar**
(pag. 44)

11 Care din următorii stimuli sunt utilizați pentru efectuarea testelor de vitalitate în cadrul examenului arcadelor dento - alveolare:

- A. mecanici**
- B. chimici
- C. electrici**
- D. biologici
- E. funcionali
(pag. 47)

12 Mobilitatea dentară prezintă următoarele caracteristici:

- A. poate fi înregistrată prin testul de percuție**
- B. poate fi tranzitorie**
- C. poate fi de cauză protetică**
- D. nu poate fi de cauză protetică
- E. poate apărea ca urmare a unor tratamente ortodontice**
(pag. 51)

13 Unitățile odonto - parodontale restante pot fi investigate paraclinic prin:

- A. indicele parodontal Ramfjord
- B. indicele de plăcă Silness și Loe
- C. studiul de model**
- D. sistemul diagnodent**
- E. indicele de mobilitate dentară
(pag. 64, 67, 68)

14 Principalele obiective vizate de către radiografia retro - dento - alveolară sunt:

- A. evidențierea aspectului laminei dura**
- B. analizarea rapoartelor existente între componentele masivului cervico-facial
- C. oferirea unei imagini de ansamblu a arcadelor dento - alveolare
- D. evidențierea morfologiei radiculare**
- E. evidențierea raportului coroană / rădăcină**
(pag. 61-62)

15 Care din următoarele metode reprezintă tehnici imagistice moderne de explorare a ATM:

- A. teleradiografia de profil
- B. artrografia temporomandibulară
- C. cineradiografia**
- D. rezonanță magnetică nucleară**
- E. computer - tomografia**
(pag. 68-70)

16 Care din următoarele afirmatii referitoare la examenul gnatostatic sunt adevărate:

- A. se practică sub forma fotografiei intraorale în intercuspidadă maximă și relație centrică**
- B. se practică sub forma fotografiei extraorale de față și profil**
- C. se utilizează în investigarea ocluziei**
- D. constă în aplicarea analizei spectrale a sunetelor în medicina dentară
- E. are valoare medico - legală**
(pag. 74)

17 La pacienții edentați parțial întinși, diagnosticul de integritate pulpară cuprinde următoarele etape:

- A. diagnosticul anatomo - clinic**
- B. diagnosticul anatomo - patologic
- C. diagnosticul topografic**
- D. diagnosticul de stare generală
- E. diagnosticul de integritate homeostatică
(pag. 77)

18 Următoarele puncte reprezintă puncte de urgență trigeminale:

- A. frontal
- B. supraorbitar**
- C. suborbitar**
- D. etmoidal
- E. mentonier**
(pag. 40)

19 Principalele cauze în obținerea unui răspuns fals pozitiv la testele de vitalitate electrice sunt:

- A. anxietatea pacientului**
- B. calcificări intracanalare
- C. necroza de colicvatie**
- D. greseli în izolarea dintelui**
- E. dinte cu apexul deschis
(pag. 48)

20 Principalele cauze în obținerea unei răspuns fals negativ la testele de vitalitate electrice sunt:

- A.** necroză parțială
- B.** consumul de alcool
- C. hiperreactivitatea pacientului
- D.** premedicația sedativă a pacientului
- E. greseli în izolarea dintelui

(pag. 48)

*** 21 Inspectia conturului fetei unui pacient edentat parțial sau total se corelează cu următorul aspect:**

- A.** Tipul constituțional
- B. Colorația tegumentelor
- C. Unghiul nazo-labial
- D. Santul labio-mentonier
- E. Leziunile odontale coronare

(pag. 35-36)

22 Puntele de urgență trigeminală sunt:

- A.** Supraorbitar
- B.** Suborbitar
- C. Occipital
- D. Frontal
- E.** Mentonier

(pag. 40)

23 Mobilitatea dentară tranzitorie iatrogenă, depistată în cadrul examenelor clinice și paraclinice în edentația parțială, este consecința:

- A.** Sprijinului instrumentarului pe dinții vecini în cursul unor extracții laborioase
- B.** Intervențiilor chirurgicale parodontale/periapicale
- C. Unor stări fiziologice când crește nivelul hormonilor vasoactivi (ciclu menstrual / sarcină)
- D.** Forțelor ortodontice excesive
- E. Sindromului de insuficiență parodontală

(pag. 51)

Tema nr. 60

Proteza parțial acrilică mobilizabilă. Elemente componente

Bibliografie asociată temei:

N. Forna (coordonator), C. De Baat, L. Lascu, M. Pauna - *Protetica dentară Vol. II, Editura Enciclopedică, București, 2011.*
pag. 84-104

*** 1 Situațiile clinice ce nu necesită protezare imediată cu caracter provizoriu sunt:**

- A. arcade dentare întregi la care se vor executa extracții în zona frontală și laterală în mai multe etape;
- B. arcade dentare întregi la care apare o breșă redusă în zona frontală;
- C.** edentația totală mandibulară;
- D. arcade dentare edentate parțial protezate prin restaurări fixe la care se recomandă ablația punților dentare în scopul refacerii lor;
- E. arcade dentare edentate parțial protezate mobil la care se recomandă noi extracții cu transformarea protezei parțiale în proteză totală.

(pag. 85)

*** 2 Conectorul principal al protezei parțial mobilizabile acrilice maxilar:**

- A. este dispus pe versantul oral al crestei alveolare dentare frontale;
- B.** este orientat transversal la nivelul bolții palatine;
- C. se prezintă sub formă de placă acrilică linguală;
- D. marginea superioară se plasează la nivelul dinților restanți supracingular sau ecuatorial;
- E. marginea sa inferioară pătrunde în zona funcțională linguală centrală.

(pag. 89)

*** 3 Elementele de menținere, sprijin și stabilizare la proteza parțial mobilizabilă acrilică:**

- A. sunt reprezentate de conectorul principal acrilic lingual;
- B. poartă denumirea de „placă acrilică palatină”;
- C. la maxilar sunt orientate transversal la nivelul bolții palatine;
- D. se prezintă sub formă de placă linguală semilunară în „U” deschis posterior;
- E.** sunt reprezentate de croșete.

(pag. 94)

*** 4 Croșetele protezei parțial mobilizabile acrilice sunt următoarele :**

- A. croșetul Ackers;
- B. croșetul Bonwill;
- C. croșetul Roach;
- D. croșete simple acrilice dentare;**
- E. croșetele Ney.

(pag. 94)

*** 5 Din grupa croșetelor acrilice ale protezei parțial mobilizabile acrilice fac parte:**

- A. croșetul cervico-ocluzal deschis dental;
- B. croșetul cervico-ocluzal bidentar;
- C. croșetele simple acrilice dento-alveolare;**
- D. croșetul cervicoalveolar deschis edental;
- E. croșetul proximal cu casetă.

(pag. 94)

6 Avantajele protezării de urgență sunt:

- A. oferă posibilitatea dirijării cicatrizării ;**
- B. fenomenele de rezorbție osoasă pot fi reduse;**
- C. contribuie la procesul vindecării unor zone ale fibro-mucoasei de acoperire;**
- D. nu ameliorează procesul de cicatrizare;
- E. ajută la pregătirea câmpului protetic în vederea amprentării.**

(pag. 85)

7 Șeile protezei parțial mobilizabile acrilice prezintă următoarele caracteristici:

- A. au rol de suport al dinților artificiali;**
- B. nu transmit forțele masticatorii către suportul dento-parodontal;
- C. nu au contact direct cu creasta edentată;
- D. transmit forțele de solicitare conectorului secundar;
- E. numărul acestora este în acord cu numărul spațiilor protetice potențiale.**

(pag. 86)

8 Elementele caracteristice ale arcadelor artificiale ale protezei parțial mobilizabile acrilice sunt:

- A. contribuie esențial la refacerea funcțiilor perturbate ale sistemului stomatognat prin edentație;**
- B. alegerea dinților artificiali trebuie să fie concordantă prin formă și culoare cu dinții restanți chiar dacă prezintă modificări de culoare și procese carioase;
- C. pot fi realizate din porțelan;**
- D. pentru a conserva stabilitatea reliefului ocluzal în situațiile clinice ce presupun solicitări ocluzale intense se recomandă confecționarea fețelor ocluzale din metal turnat;**
- E. dinții din porțelan pot fi prefabricați sau realizați prin stupoire.

(pag. 88)

9 Conectorul principal al protezei parțial mobilizabile acrilice la mandibulă :

- A. se prezintă sub formă de placă linguală semilunară în „U” deschis posterior;**
- B. se prezintă sub formă de placă linguală semilunară în „U” deschis anterior;
- C. are grosime de 2 mm;**
- D. fața lustruită este orientată spre limbă iar fața nelustruită are orientare dento-alveolară;**
- E. acoperă în totalitate bolta palatină.

(pag. 92)

10 Conectorul principal al protezei parțial mobilizabile acrilice la maxilar:

- A. se prezintă sub formă de placă linguală semilunară în „U” deschis posterior;
- B. este orientat transversal la nivelul bolții palatine, purtând denumirea de „palcă acrilică palatină”;**
- C. are o grosime de 2 mm;**
- D. acoperă în totalitate bolta palatină, până la dinții restanți și șei;**
- E. poate fi ameliorat prin răscroire distală sau decupare, prin decolare sau fenestrare.**

(pag. 90)

11 Croșetele acrilice ale protezei parțial mobilizabile acrilice:

- A. asigură ancorarea protezei parțial mobilizabile acrilice;**
- B. asigură menținerea protezei parțial mobilizabile acrilice;**
- C. sunt realizate din metal;
- D. fac corp comun cu restul construcției protetice;**
- E. pot porni fie din conectorul principal, fie din șea.**

(pag. 94)

12 Protezarea flexibilă vine în sprijinul:

- A.** pacienților alergici la acrilate;
- B.** situațiilor clinice la care parametrii ce caracterizează suportul odontal nu oferă condițiile necesare amplasării corecte a croșetelor turnate;
- C.** prezenței de torusuri sau tuberozități voluminoase;
- D.** prezenței de tuberozități reduse ca volum;
- E.** considerentelor estetice de mascare a recesiunii gingivale.

(pag. 97)

13 Protezele parțiale din acrilat flexibil tip Valpalst:

- A.** sunt cele mai puțin flexibile proteze parțiale;
- B.** sunt indicate de elecție în cazul pacienților cu torus de dimensiune redusă;
- C.** sunt utilizate la pacienții care prezintă alergii la monomerul acrilic;
- D.** sunt indicate de elecție în cazul pacienților cu despicături palatine;
- E.** sunt indicate la pacienții care prezintă protuberanțe osoase .

(pag. 99)

14 Avantajele protezelor parțiale din acrilat flexibil tip Valpalst:

- A.** proteza este flexibilă în zonele retentive;
- B.** proteza are grosime mare;
- C.** proteza nu este casantă;
- D.** sunt necesare croșetele din sârmă;
- E.** poate fi ușor rebazată.

(pag. 100)

15 Croșetele simple acrilice dentare ale protezei parțial mobilizabile acrilice:

- A.** pot fi sub formă de pelote;
- B.** sunt flexibile;
- C.** se fracturează ușor;
- D.** pot produce leziuni de decubit;
- E.** cele mai cunoscute sunt cele descrise de Kemmeny.

(pag. 94)

16 Croșetele simple metalice ale protezei parțial mobilizabile acrilice:

- A.** pot fi confecționate din folie metalică;
- B.** pot fi confecționate din sârmă;
- C.** pot fi confecționate din acrilat;
- D.** sunt reprezentate de croșetele simple acrilice dentare;
- E.** sunt reprezentate de croșetele simple acrilice alveolare.

(pag. 94)

17 Croșetele cervico-ocluzale deschise dental ale protezei parțial mobilizabile acrilice:

- A.** se mai numesc și croșete cu umăr;
- B.** fac parte din grupa croșetelor simple metalice;
- C.** fac parte din grupa croșetelor acrilice;
- D.** este indicat în situația când pe arcadă sunt restanți doi dinți vecini;
- E.** este indicat pe dinți cu retentivități moderate.

(pag. 95)

18 Croșetul din sârmă cu trei brațe al protezei parțial mobilizabile acrilice:

- A.** este realizat din sârmă de viplă de 0,6-0,8 mm diametru;
- B.** este asemănător croșetului Ackers;
- C.** asigură retenție și sprijin;
- D.** este denumit și croșet cu buclă;
- E.** se recomandă în zona frontală.

(pag. 97)

19 Croșetul cervico-alveolar deschis dental al protezei parțial mobilizabile acrilice:

- A.** este denumit și croșet cu buclă;
- B.** este un croșet acrilic;
- C.** este indicat pe dinți retentivi;
- D.** bucla poate fi în formă de „R”;
- E.** este situat la distanță de 0,5 mm de mucoasa alveolară.

(pag. 96)

20 Croșetul cervico-ocluzal deschis dental al protezei parțial mobilizabile acrilice:

- A.** nu favorizează bascularea protezei;
- B.** este confecționat din sârmă;
- C.** prezintă un contact redus cu dintele;
- D.** este indicat pe dinți cu retentivități moderate;
- E.** asigură retenția prin brațul retentiv.

(pag. 95)

21 Care din urmatoarele afirmatii reprezinta caracteristici ale protezarii de urgenta cu proteza partiala mobilizabila acrilica:

- A. Amana din considerente biologice protezarea definitiva
- B.** Poate rezolva situatii limita, de maxima urgenta: fizionomie, fonatie
- C.** Are drept scop principal conservarea integritatii morfologice si functionale a sistemului stomatognat
- D. Reprezinta o solutie de tranzitie in algoritmul terapeutic de reabilitare a edentatiei partiale intinse
- E.** Contribuie la procesul vindecarii unor zone ale fibromucoasei de acoperire sau parodontale periferice

(pag. 84-86)

22 Versantul vestibular al seii acrilice al unei proteze partiale are urmatoarele caracteristici:

- A.** Se intinde pana in zona de reflectie a mucoasei mobile
- B. Se modeleaza astfel incat sa scada tonicitatea musculaturii oro-faciale
- C. Se modeleaza subtiat marginal
- D.** Poate lipsi din saua frontala atunci cand creasta edentata din aceasta zona este proeminenta
- E. Se continua cu conectorul principal prin marginea sa orala

(pag. 87)

23 Legea biomecanica a lui Conod care guverneaza realizarea arcadei artificiale a unei proteze partiale acrilice se refera la:

- A. Schimbarea ordinii dintilor artificiali
- B. Modificarea morfologiei dintilor artificiali fata de cea a dintilor naturali
- C. Reducerea numarului de dinti ai arcadei artificiale, in special la nivelul seilor terminale
- D.** Plasarea fortei de solicitare ocluzala in mijlocul seii, la nivelul centrului geometric
- E.** Plasarea fortei de solicitare ocluzala cat mai aproape de dintele limitrof edentatiei, contribuind la sprijinul dento-parodontal al protezei mobile

(pag. 88-89)

Tema nr. 61

Elemente structurale ale protezelor partiale scheletate

Bibliografie asociata temei:

N. Forna (coordonator), C. De Baat, L. Lascu, M. Pauna - Protetica dentara Vol. II, Editura Enciclopedica, Bucuresti, 2011. pag. 116-199

*** 1 Bara linguală este în contact cu versantul lingual al crestei alveolare în :**

- A. edentația de clasa I;
- B. edentația de clasa a II-a;
- C. edentația de clasa a III-a;
- D. edentația de clasa aIV-a;
- E.** bara linguală se plasează la distanță de versantul lingual al crestei alveolare.

(pag. 118)

*** 2 Conectorul principal al protezelor parțiale scheletate:**

- A.** realizează unirea șeilor protetice;
- B. este obligatoriu să fie flexibil;
- C. se va plasa în contact direct cu parodontiu marginal;
- D. are un volum mare;
- E. nu asigură profilaxia parodontală a dinților restanți.

(pag. 116)

*** 3 Nu sunt elemente componente ale protezei scheletate:**

- A. conectorii principali;
- B. croșetele;
- C.** elementele de agregare;
- D. conectorii secundari;
- E. șeile protetice.

(pag. 116)

*** 4 Croșetul Ney numărul 1:**

- A. este derivat din croșetul „T” al lui Roach;
- B. se aplică pe dinți cu linia ghid nr. 2;
- C.** este asemănător croșetului Ackers;
- D. este indicat pe dinții la care linia ghid are pe o față aspectul numărul 1, iar pe cealaltă față aspectul liniei ghid numărul 2;
- E. este indicat pe molarii conici.

(pag. 140)

*** 5 Elementele speciale de menținere și stabilizare disjunctoare sau distributoare simple ale protezelor parțiale scheletate sunt:**

- A. bara cu capse Ceka;
- B. croșetul cu conector în formă de „S”;**
- C. bara Dlder;
- D. culisele Ceka;
- E. croșetele Roach.

(pag. 166)

6 Plăcuța dento-mucozală linguală a protezelor parțiale scheletate:

- A. se aplică în situația în care dinții restanți prezintă un grad de parodontopatie marginală cronică, iar versantul oral al crestei alveolare are înălțime redusă;**
- B. marginea liberă va fi situată în depresiunea dintre două rugi;
- C. se sprijină pe un prag plasat supracingular;**
- D. fața dento-alveolară se lustruiește;
- E. fața orală va fi modelată ca replică anatomică.**

(pag. 123)

7 Croșetul continuu al protezelor parțiale scheletate:

- A. este un foarte bun element de sprijin și stabilizare;**
- B. se aplică pe fața orală a dinților frontali, supracingular sau pe un prag realizat în smalt;**
- C. poate porni din brațele rigide ale unor croșete Roach;
- D. se aplică pe molari cu retentivitate bună;
- E. este utilizat ca element antibasculant în edentația parțială de clasa I Kennedy.**

(pag. 147)

8 Timpii analizei modelului de studiu la paralelograf sunt:

- A. stabilirea celei mai acceptabile axe de inserție și dezinserție a protezei;**
- B. trasarea ecuatorului protetic;**
- C. alegerea tipului de conector principal;
- D. stabilirea locului în care se plasează vârful porțiunii flexibile a brațului retentiv al croșetului;**
- E. fixarea poziției modelului față de paralelograf.**

(pag. 127)

9 Conectorul principal metalic sub formă de bară al protezelor parțiale scheletate are următoarele caracteristici:

- A. restrânge designul protezei scheletate la o suprafață redusă;**
- B. are lățimea de 6-7 mm și o grosime de 3mm;**
- C. este poziționat în contact cu mucoasa;
- D. cea mai utilizată formă pe secțiune este cea semiovalară;**
- E. are o grosime crescută ceea ce modifică esențial relieful bolții palatine.**

(pag. 116)

10 Bara linguală a protezelor parțiale scheletate are următoarele caracteristici:

- A. distanța de la parodontiu marginal la bară va fi de cel puțin 3mm;**
- B. lățimea barei linguale va fi de 4-5mm;**
- C. grosimea barei linguale va fi de 2 mm;**
- D. aplicarea barei linguale este independentă de înălțimea și înclinarea versantului lingual al crestei alveolare,
- E. bara linguală nu poate fi însoțită niciodată de un croșet continuu.

(pag. 118)

11 Sistemul de croșete Ney are următoarele caracteristici:

- A. este unicul sistem standardizat de croșete turnate;**
- B. utilizează zonele proximale ale fețelor laterale ale dintelui suport ca zone retentive;**
- C. pintenul ocluzal este un element secundar de sprijin
- D. lăcașul pintenului ocluzal are o adâncime de 1,5 mm și formă ovalară;**
- E. lungimea lăcașul pintenului ocluzal este de 1/4 din diametrul mezio-distal al feței ocluzale;**

(pag. 139)

12 Croșetul Ney numărul 2:

- A. este derivat din croșetul „T” al lui Roach;**
- B. se aplică pe dinții cu linia ghid nr. 2 opusă liniei ghid nr. 1;**
- C. este indicat pe dinți tronconici;
- D. se aplică în special pe molari și canini, la care linia ghid este foarte înaltă pe o față și coborâtă pe cealaltă;
- E. este utilizat în special pe molarul 2 ce delimitează distal edentația.

(pag. 140)

13 Sistemul Roach:

- A.** cuprinde croșete ce se mai numesc și croșete bară;
- B.** cuprinde croșete ce se mai numesc și croșete divizate;
- C.** brațele divizate îi conferă rigiditate;
- D.** cuprinde o categorie de croșete având formula memotehnică C,L,U,S,T,I,R
- E.** utilizează ca zone retentive suprafețele laterale, vestibulare și orale ale dintelui suport.

(pag. 142)

14 Croșetul RPI al lui Kroll:

- A.** se aplică pe premolarii și molarii cu retentivități vestibulare și orale favorabile;
- B.** este folosit în edentațiile parțiale întinse pe dintele ce delimitează mezial edentația;
- C.** evită torsiunea distală prin basculare a dintelui pe care se aplică;
- D.** plăcuța proximo-linguală are rol de ghidaj al protezei și realizează reciprocitatea cu brațul retentiv;
- E.** este alcătuit din două croșete Ackers unite prin corpul lor.

(pag. 147)

15 Elementele speciale de menținere, sprijin și stabilizare prezintă următoarele caracteristici:

- A.** conferă estetică deosebită;
- B.** oferă stabilitate biomecanică protezelor;
- C.** sunt indicate la pacienți cu stare generală precară;
- D.** se depreciază rapid având o rezistență redusă în timp;
- E.** sunt laborioase.

(pag. 152)

16 Avantajele coroanelor telescopate sunt:

- A.** asigură o stabilizare optimală a protezelor parțiale mobilizabile în toate sensurile;
- B.** asigură transmisia axială a presiunilor ocluzale;
- C.** aplicate în regiunea frontală sunt în același timp și fizionomice;
- D.** nu favorizează acumularea plăcii bacteriene și favorizează autocurățirea;
- E.** se pot aplica pe dinții adulților tineri.

(pag. 155)

17 Bara Dolder prezintă următoarele caracteristici:

- A.** sunt elemente conjunctoare care realizează o bună stabilitate și sprijin protezelor;
- B.** cunoscute sub denumirea de bară cu călăreț;
- C.** se aplică în edentații subtotale pe ultimii dinți restanți, de obicei ultimii doi canini;
- D.** elementele de susținere sunt cape cu pivoturi radiculare peste care se aplică bara Dolder;
- E.** este o bară rotundă pe secțiune fiind susținută la capete de elemente de agregare (coroane de înveliș metalice sau semifizionomice).

(pag. 164)

18 Indicațiile culiselor extracoronare sunt:

- A.** când se impune o reducere minimă din structura dentară;
- B.** camera pulpară este voluminoasă pentru a evita devitalizarea;
- C.** dimensiunea mezio-distală a dintelui suport este redusă;
- D.** sunt utilizate la pacienții cu o bună dexteritate manuală,
- E.** sunt utilizate când proteza are un ax dificil de inserție și dezinserție.

(pag. 161)

19 Croșetul circular Ackers:

- A.** este un croșet cu trei brațe;
- B.** se aplică pe premolarii și molarii cu retentivități vestibulare și orale favorabile;
- C.** poate fi deschis dental sau edental;
- D.** este un croșet cu patru brațe;
- E.** se aplică pe premolari sau molari în malpoziție secundară.

(pag. 146)

20 Croșetul cu acțiune reciprocă al lui Bonwill:

- A.** se aplică în special pe premolari în edentațiile de clasa a III-a Kennedy;
- B.** este alcătuit din două croșete Ackers unite prin corpul lor;
- C.** se plasează de obicei pe o arcadă sau o hemiarcadă integră;
- D.** se mai numește croșet circular cu șase brațe;
- E.** este indicat în edentațiile terminale clasa I-a și a II-a Kennedy.

(pag. 146)

* 21 **Bara mandibulara vestibulara este indicata ca si conector principal al unei proteze partiale scheletate in urmatoarea situatie:**

- A. Cand dintii laterali au inaltime linguala mare
- B. Cand arcada dento-alveolara mandibulara are o inclinare linguala prea mare**
- C. Cand arcada dento-alveolara mandibulara are o inclinare vestibulara prea mare
- D. Cand ambii versanti ai crestei alveolare sunt de inaltime mica
- E. Cand versantul vestibular al crestei alveolare este redus ca inaltime

(pag. 118-119)

22 **Conectorii secundari rigizi ai unei proteze partiale scheletate au urmatoarele caracteristici atunci cand sunt plasati interdental:**

- A. Pe sectiune au forma triunghiulara**
- B. Sunt situati la distanta de parodontiul marginal**
- C. Unirea cu conectorul principal este usor ingrosata**
- D. Leaga sau de elementele de mentinere, sprijin si stabilizare
- E. Reprezinta o conexiune elastica intre croset si conectorul principal

(pag. 123)

23 **Funcția de stabilizare a unui croset dentar turnat se caracterizeaza prin:**

- A. Depinde de gradul de retentivitate a dintelui stalp
- B. Este funcția prin care crosetul se opune deplasărilor orizontale ale protezei partiale scheletate**
- C. Este funcția prin care crosetul se opune deplasărilor verticale în direcție mucozala
- D. Este amplificata prin prelungirea bratelor opozante rigide pe mai multi dinti**
- E. Necesita plasarea bilaterala a elementelor rigide ale crosetului**

(pag. 130)

Tema nr. 62

Biodinamica protezelor scheletate în cavitatea orală

Bibliografie asociata temei:

N. Forna (coordonator), C. De Baat, L. Lascu, M. Pauna - Protetica dentara Vol. II, Editura Enciclopedica, Bucuresti, 2011. pag. 201-229

* 1 **Proteza parțial mobilizabilă aplicată în cavitatea orală este supusă acțiunii unor forțe care:**

- A. au rol în uzura fiziologică a dinților artificiali
- B. au rol în uzura fiziologică a componentei acrilice a seilor protezei
- C. au rol în formarea depozitelor tartrice
- D. tind sa disloce proteza de pe câmpul protetic**
- E. au rol în modelarea planurilor de ghidare.

(pag. 294)

* 2 **În cazul unei proteze scheletate, când o forță acționează la nivelul unei șei terminale, aceasta va efectua o mișcare de rotație care:**

- A. determină modificări de culoare ale dinților artificiali
- B. determină modificări de culoare ale componentei acrilice a șeilor protezei
- C. se descompune în cele trei planuri spațiale**
- D. se asociază cu modificarea adâncimii șanțurilor nazo-geniene
- E. produce tulburări fonetice.

(pag. 205)

* 3 **Forțele care se nasc în timpul exercitării funcțiilor sistemului stomatognat pot acționa:**

- A. la nivelul marginilor protezei**
- B. la nivelul șeii turce
- C. la nivelul apofizei coronoide a mandibulei
- D. la nivelul mușchilor orbiculari ai buzelor
- E. la nivelul mușchilor buccinatori.

(pag. 211)

* 4 **În ceea ce privește stabilitatea statică, atât protezele mobilizabile scheletate maxilare cât și cele mandibulare trebuie să aibă o caracteristică în comun:**

- A. aceeași grosime a conectorilor principali
- B. repartitia uniformă a greutatei protezei pe elementele câmpului protetic pe care se sprijină**
- C. utilizarea unor croșete cu brațe retentive și opozante cu aceeași grosime
- D. aceeași poziționare a conectorilor principali
- E. utilizarea unui singur tip de croșet.

(pag. 211)

* 5 În cazul construirii unor proteze mobilizabile scheletate, elementele de echilibru static și dinamic trebuie corelate cu:

- A. cantitatea de salivă produsă în 24 de ore
- B. forțele de adeziune
- C. principiile terapiei funcționale**
- D. forțele de capilaritate
- E. forțele de coeziune.

(pag. 215)

6 Forțele care acționează asupra unei proteze scheletate sunt:

- A. forțe verticale de tracțiune**
- B. forțe verticale de presiune**
- C. forțe de congruență
- D. forțe orizontale tangențiale**
- E. forțe orizontale radiare.**

(pag. 215)

7 Care din următoarele afirmații reprezintă caracteristici ale forțelor de tracțiune directă:

- A. acționează în sensul fixării protezei pe câmpul protetic
- B. acționează în sens vertical, tinzând să disloce proteza de pe câmp**
- C. se manifesta în timpul poziției de intercuspidare maximă
- D. sunt generate de alimente lipicioase și acțiunea mușchilor obrazilor, buzelor și limbii**
- E. sunt favorabile deplasărilor transversale ale protezelor scheletate.

(pag. 215)

8 Forțele de tracțiune indirectă se caracterizează prin:

- A. apar între două suprafețe plane
- B. se numesc și forțe de basculare**
- C. fixează proteza pe câmpul protetic
- D. apar prin nerespectarea montării dinților pe cresta edentată**
- E. apar prin așezarea incorectă a axei de basculare.**

(pag. 216)

9 Mișcarea de basculare a unei proteze scheletate se caracterizează prin:

- A. este o mișcare complexă a protezei**
- B. în cadrul acesteia are loc o mișcare de ridicare, de înfundare și de apăsare**
- C. este deseori asociată cu deplasarea în întregime a protezei spre anterior sau posterior**
- D. este uneori asociată cu deplasări transversale ale protezei
- E. este uneori asociată cu deplasări longitudinale ale protezei.

(pag. 216)

10 Axa de rotație a unei proteze scheletate trebuie aleasă astfel încât:

- A. axa să treacă neapărat prin corpul protezei**
- B. axa să treacă prin marginea anterioară a conectorului principal maxilar
- C. axa să treacă prin marginea superioară a conectorului principal mandibular
- D. proteza să se întindă în mod egal de ambele părți ale axului de rotație**
- E. proteza să se întindă de o parte a axului de rotație.

(pag. 216)

11 Rolul opritorului de basculare este:

- A. de a uni șeile protetice cu conectorul principal
- B. de a poziționa croșetele pe dinții stâlpi
- C. de a modela fețele proximale pentru conectorii secundari
- D. de a prelungi proteza dincolo de axa de basculare**
- E. de a transforma proteza dintr-o pârghie cu un braț sau două brațe inegale într-o pârghie cu două brațe egale.**

(pag. 216)

12 Care din următoarele elemente componente ale unei proteze scheletate pot avea funcție de opritor de basculare:

- A. dinții artificiali
- B. croșetul continuu**
- C. extremitatea distală a șeilor protetice
- D. conectorii secundari proximali
- E. baza protezei dacă prelungește proteza dincolo de axul de rotație**

(pag. 216)

13 Forțele de presiune masticatorii acționează asupra:

- ☒ A. dinților naturali
- ☒ B. dinților artificiali susținuți de șeile protetice
- C. marginii posterioare a conectorilor principali maxilari
- D. marginii inferioare a barei linguale
- E. ligamentului pterigo-mandibular.

(pag. 217)

14 Care din următorii factori influențează intensitatea forțelor de presiune masticatorii:

- ☒ A. capacitatea mușchilor ridicători ai mandibulei
- ☒ B. natura alimentului
- ☒ C. gradul de sensibilitate al parodonțiului dinților stâlpi
- ☒ D. gradul de sensibilitate al muco-periostului crestei edentate
- E. gradul de sensibilitate al receptorilor gustativi din mucoasa linguală.

(pag. 217)

15 Forțele de presiune masticatorii tind să:

- A. să fixeze proteza pe câmpul protetic
- B. să deplaseze tangențial proteza
- ☒ C. să înfunde înfunde proteza pe câmpul protetic
- D. să deplaseze radial proteza
- ☒ E. să exercite presiuni supraliminare.

(pag. 218)

16 Care din următoarele forțe reprezintă forțe orizontale:

- A. forțele de congruență
- B. forțele de diseminare
- ☒ C. forțele orizontale apărute prin mișcările de lateralitate ale mandibulei în timpul masticăției
- ☒ D. forțele parazitare rezultate din descompunerea forțelor de presiune masticatorie
- E. forțele de convergență

(pag. 218)

17 Precizați la ce nivel acționează forțele orizontale radiare:

- ☒ A. asupra dinților din grupul frontal în cazul forțelor radiare sagitale
- B. asupra corpului mandibulei în cazul forțelor radiare sagitale
- ☒ C. asupra dinților din grupul lateral în cazul forțelor transversale
- D. asupra mușchilor maseteri
- ☒ E. asupra caninilor în cazul forțelor forțelor oblice.

(pag. 219)

18 Care este cea mai frecventă mișcare a unei proteze parțiale scheletate:

- A. mișcarea de ridicare
- B. mișcarea de coborîre
- ☒ C. mișcarea de basculare
- ☒ D. mișcarea de rotație în jurul ax sagital sau transversal
- E. mișcarea de îndoire.

(pag. 222)

19 Care sunt modalitățile de deplasare a porțiunilor unei proteze în cadrul mișcării de basculare a acesteia:

- ☒ A. o porțiune a protezei se înfundă
- ☒ B. o porțiune a protezei se ridică
- C. o porțiune a protezei se îndoaie
- D. o porțiune a protezei se ramolește
- E. o porțiune a protezei se curbează.

(pag. 222)

20 Care din următoarele elemente ale unei proteze scheletate sunt utilizate în scopul frânării deplasărilor distale ale acestora:

- ☒ A. pintenii ocluzali din fosetele meziale ale molarilor
- B. tuberculul piriform
- ☒ C. croșetul continuu lingual cu gheruțe incizale
- ☒ D. coroane telescopice
- E. tuberozitatea maxilară.

(pag. 221)

*** 21 Forta rezultanta obtinuta prin compunerea unor forte de acelasi sens si directie ce actioneaza asupra unei proteze partiale scheletate se caracterizeaza prin:**

- A. Directie si sens opus fortelor care o compun
- B. Directie si sens perpendicular pe directia fortelor care o compun
- ☒ C. Aceeasi directie si sens cu fortele care o compun
- D. Directie si sens oblic fata de fortele care o compun
- E. Directie si sens variabile fata de fortele care o compun

(pag. 206)

22 In terapia prin proteze partiale scheletate, fortele active care apar in mecanismul masticatiei au urmatoarele caracteristici:

- A. Se datoreaza osului alveolar edentat
- ☒ B. Sunt generate de musculatura activa
- ☒ C. Se manifesta asupra dintilor si asupra restaurarilor fixe sau mobilizabile
- ☒ D. Au rol in mobilizarea mandibulei
- E. Sunt generate de rezistenta mecanica a dintelui

(pag. 207-209)

23 Din punct de vedere static echilibrul pieselor protetice scheletate se refera la:

- A.** Coincidența centrului de gravitație al protezei cu zona de stabilitate maximă a suprafeței de susținere
- B.** Dislocarea protezei adjuante de pe câmpul protetic sub acțiunea unui complex de forțe
- C.** Punctul de aplicare al forțelor se afla în centrul geometric al suprafeței ocluzale a dinților suport și al dinților artificiali
- D.** Repartiția uniformă a greutății protezei pe elementele câmpului protetic
- E.** Aspecte care țin de detaliile morfologice ale câmpului protetic

(pag. 211)

Tema nr. 63

Etape ale terapiei prin proteze parțial mobilizabile scheletate: amprentarea

Bibliografie asociată temei:

N. Forna (coordonator), C. De Baat, L. Lascu, M. Pauna - *Protetica dentară Vol. II, Editura Enciclopedică, București, 2011.*
pag. 279-293

1 Care din următoarele afirmații reprezintă caracteristici ale amprente funcționale mucodinamice:

- A.** utilizează portamprente cu margini funcționalizate
- B.** se obțin amprente cu margini bine delimitate
- C.** se obțin amprente care ocolesc formațiunile mobile periferice
- D.** se obțin amprente nefuncționale
- E.** se obțin amprente cu margini prea scurte.

(pag. 285)

2 În terapia protetică prin proteză parțială scheletată, mișcările masticatorii efectuate în cadrul amprentării funcționale a câmpului protetic se realizează cu:

- A.** șabloane de ocluzie
- B.** portamprente individuale prevăzute cu valuri de ocluzie
- C.** cu ajutorul unor proteze vechi
- D.** cu ceară de ocluzie
- E.** cu ajutorul unor proteze tranzitorii.

(pag. 287)

3 Ce tipuri de materiale se pot utiliza în amprentarea funcțională a câmpului protetic cu edentație parțială întinsă.

- A.** materiale rigide
- B.** materiale decorative
- C.** materiale semirigide
- D.** materiale solide
- E.** materiale elatice.

(pag. 287)

4 Care sunt criteriile care se urmăresc în cadrul verificării extraorale a portamprentelor individuale:

- A.** realizarea șanțurilor de descărcare
- B.** respectarea indicațiilor privind materialul din care trebuie confecționată portamprenta
- C.** corectitudinea plasamentului mânerului
- D.** realizarea unor margini cât mai groase
- E.** respectarea raportului dintre marginile portamprentei și linia ghirlandată.

(pag. 288)

5 Care din următoarele afirmații sunt corecte în ceea ce privește tehnicile de amprentare cu model corectat:

- A.** utilizează portamprente standard din gips
- B.** se adresează edentațiilor tetminale
- C.** se adresează edentațiilor intercalate reduse
- D.** utilizează scheletul metalic al protezei prevăzută cu șei acrilice
- E.** înregistrează relația funcțională a suportului mucos în raport cu suportul dento-parodontal.

(pag. 291)

6 În cazul tehnicilor de amprentare cu model corectat, secționarea modelului are loc:

- A.** la nivelul creștelor edentate terminal
- B.** la nivelul creștelor edentate intercalate
- C.** la nivelul dinților frontali
- D.** la 1-2 mm distal de dinții restanți
- E.** la nivelul liniei mediane a modelului.

(pag. 292)

7 Care sunt caracteristicile amprente globale utilizată în protezarea compozită:

- A.** înregistrează substructurile organice dentare preparate
- B.** înregistrează breșele edentate
- C.** înregistrează culoarea dinților
- D.** permite confecționarea protezei fixe
- E.** permite confecționarea protezei mobile scheletate.

(pag. 293)

- 8 Care din următoarele mișcări automatizate efectuate de pacient sunt utilizate în amprentarea funcțională în cadrul terapiei prin proteze parțial mobilizabile scheletate:**
- A. teste de postură
 - B. teste fonetice**
 - C. teste de masticăție**
 - D. teste de deglutiție**
 - E. teste de mobilitate.
- (pag. 287)
- 9 Care sunt tipurile de amprente funcționale utilizate în cadrul terapiei prin proteze parțial mobilizabile scheletate, în funcție de poziția mandibulei în timpul amprentării:**
- A. amprente funcționale cu gura deschisă**
 - B. amprente funcționale cu gura închisă**
 - C. amprente funcționale combinate**
 - D. amprente funcționale de lateralitate
 - E. amprente funcționale deformante.
- (pag. 284)
- 10 Cum se clasifică amprente funcționale utilizate în terapia protetică prin proteze parțial mobilizabile scheletate în funcție de numărul de materiale de amprentă utilizate:**
- A. amprente funcționale automatizate
 - B. amprente funcționale simple**
 - C. amprente funcționale compozite**
 - D. amprente funcționale parcelare
 - E. amprente funcționale parțiale.
- (pag. 284)
- * 11 Adaptarea portamprentelor standard se realizează:**
- A. cu ajutorul aparatelor cu ultrasunete
 - B. în plan transversal, sagital și vertical**
 - C. prin îndoire pe linia mediană
 - D. în funcție de materialul de amprentă
 - E. după realizarea amprenteii propriu-zise.
- (pag. 280)
- * 12 La ce distanță trebuie să se situeze marginile unei portamprente standard față de câmpul protetic, în plan transversal:**
- A. 1-2mm
 - B. 3-4mm
 - C. 4-5mm**
 - D. 10mm
 - E. 15mm
- (pag. 280)
- * 13 Care din următoarele obiective se realizează în cursul amprentării preliminare:**
- A. modelarea anatomoformă a dinților artificiali
 - B. înregistrarea funcției fonetice
 - C. înregistrarea poziției de intercuspitate maximă
 - D. înregistrarea tuturor suprafețelor plane și orizontale ale câmpului protetic**
 - E. înregistrarea adâncimii șanțurilor nazo-labiale.
- (pag. 281)
- * 14 Care este rolul mișcărilor nefuncționale efectuate de medic în timpul amprentării preliminare.**
- A. modelarea corespunzătoare a marginilor amprenteii**
 - B. înregistrarea fidelă a zonei de mucoasă pasiv-mobilă
 - C. determinarea relațiilor intermaxilare
 - D. testarea înălțimii etajului inferior al feței
 - E. stabilirea zonei neutrale.
- (pag. 282)
- * 15 Care este scopul dușurilor bucale reci recomandate în etapa de pregătire a câmpului protetic cu edentație parțială întinsă, în vederea amprentării preliminare:**
- A. accentuarea reflexului de vomă
 - B. modelarea materialului de amprentă
 - C. deretentivizarea câmpului protetic
 - D. poziționarea corectă a maxilarului
 - E. îndepărtarea mucusului salivar și realizarea unei vasoconstricții a mucoasei.**
- (pag. 282)
- 16 Câte tipuri de portamprente există în funcție de modalitatea de realizare a obiectivelor amprentării:**
- A. portamprente standard**
 - B. portamprente semifuncționale**
 - C. portamprente individuale funcționale**
 - D. portamprente semipiriforme
 - E. portamprente semiovale
- (pag. 279)
- 17 Care sunt materialele din care se confecționează portamprente standard de serie sau universale:**
- A. ceara bucoplastică
 - B. silicon chitos
 - C. metal cromat sau nichelat**
 - D. aluminiu**
 - E. materiale plastice.**
- (pag. 279)

18 Cum se adaptează portamprentele standard la nivelul marginilor:

- A. prin ramolire în apă caldă
- B. prin îndoire cu ajutorul unui crampon când marginile sunt prea lungi**
- C. prin sinterizare
- D. prin completare cu material termoplastic când marginile sunt prea scurte**
- E. prin aplicarea unui rulou de masă termoplastică pe versantul intern al marginii pe tot conturul acesteia.**

(pag. 280)

19 Câte tipuri de amprente funcționale există în funcție de gradul de mobilizare al periferiei câmpului protetic.

- A. amprente funcționale mucostatice**
- B. amprente funcționale de răscroire
- C. amprente funcționale mucodinamice**
- D. amprente funcționale posterioare
- E. amprente funcționale anterioare.

(pag. 283)

20 Care din următoarele afirmații reprezintă caracteristici ale amprente funcționale mucostatice.

- A. înregistrează tonicitatea musculaturii de la periferia câmpului protetic
- B. utilizează portamprente individuale cu margini scurte**
- C. utilizează materiale de amprentă cu fluiditate mare**
- D. marginile amprente sunt subțiri și înalte**
- E. se obțin amprente care pun în valoare succiunea.

(pag. 293)

21 Care sunt tipurile de portamprente standard utilizate în terapia prin proteze mobilizabile scheletate

- A. Portamprenta metalică cu dispozitiv de retenție**
- B. Portamprenta cu dispozitiv de irigare cu apă**
- C. Portamprenta din material plastic**
- D. Portamprenta de compresiune
- E. Portamprenta de dezinserție

(pag. 279-280)

22 În terapia prin proteza scheletată, amprente funcționale mucodinamice se caracterizează prin:

- A. Se înregistrează cu portamprente individuale cu margini scurte
- B. Se înregistrează cu portamprente individuale funcționalizate**
- C. Conduc la obținerea de amprente cu margini bine delimitate**
- D. Conduc la obținerea de amprente care asigură o menținere deficitară
- E. Conduc la obținerea de amprente care ocolesc formațiunile mobile periferice**

(pag. 283-284)

23 În raport de funcția stimulată în declansarea testelor automatizate, amprente funcționale realizate în cadrul terapiei prin proteze parțial mobilizabile scheletate sunt:

- A. Fonetice**
- B. De masticatie**
- C. De deglutiție**
- D. Unimaxilare
- E. Globale

(pag. 284)

Tema nr. 64

Etape ale terapiei prin proteze parțial mobilizabile scheletate: înregistrarea relației intermaxilare

Bibliografie asociată temei:

N. Forna (coordonator), C. De Baat, L. Lascu, M. Pauna - Protetica dentară Vol. II, Editura Enciclopedică, București, 2011. pag. 295-308

*** 1 În cadrul terapiei prin proteze parțial mobilizabile, etapa de înregistrare a relației intermaxilare urmează după**

- A. proba portamprente standard
- B. amprentarea preliminară
- C. adaptarea portamprente individuale
- D. amprentarea funcțională și obținerea modelului funcțional**
- E. proba machetei cu dinți.

(pag. 295)

* 2 **În cadrul terapiei prin proteze parțial mobilizabile, în cazul în care cele două arcade sunt mutilate prin edentație parțială problema fundamentală a protezării este reprezentată de**

- A. evaluarea dinților stâlpi
- B. amprentarea preliminară
- C. restaurarea relației de postură și a relației centrice**
- D. verificarea scheletului metalic
- E. căptușirea șeilor terminale.

(pag. 295)

* 3 **În cadrul terapiei prin proteze parțial mobilizabile, înregistrarea relațiilor mandibulo-craniene urmărește**

- A. re poziționarea mandibulei în relație centrică corectă**
- B. re poziționarea mandibulei în poziția de postură
- C. re poziționarea mandibulei în poziția de intercuspidare maximă
- D. determinarea planului bazal mandibular
- E. determinarea poziționării exacte a planului medio-sagital.

(pag. 296)

* 4 **Metoda “homotropismului lingo-mandibular” de determinare a relației centrice se bazează pe faptul că**

- A. mandibula urmează poziția vălului palatin
- B. mandibula urmează limba în periplul său static și dinamic**
- C. compresiunea maseterului bilateral poziționează mandibula în relație centrică
- D. se stimulează reflexele vestigiale de poziționare centrică
- E. manevra Valsalva poziționează mandibula în relație centrică.

(pag. 306)

* 5 **Metoda de determinare a relației centrice prin stimularea reflexului de ocluzie molară se bazează pe**

- A. faptul că mandibula urmează limba în periplul său static și dinamic
- B. redeșteptarea vechilor reflexe parodonto-musculare de poziționare centrică**
- C. ușoara presiune exercitată în timpul mișcării de deschidere-închidere
- D. contracții musculare simetrice prin compresii pe mușchiul temporal
- E. compresiunea maseterului bilateral.

(pag. 307)

6 **Care dintre pozițiile mandibulo-craniene au o importanță primordială în evaluarea stării de normalitate precum și a gradului de afectare a morfologiei și funcțiilor sistemului stomatognat**

- A. relația centrică**
- B. relația de postură**
- C. relația de intercuspidare maximă
- D. mișcarea Bennett
- E. poziția de cap la cap protruzie.

(pag. 295)

7 **Verificarea extraorală a machetelor de ocluzie urmărește**

- A. baza să fie rigidă, nedeformabilă**
- B. baza să fie elastică
- C. marginile bazei să fie rotunjite**
- D. marginile bazei să fie plasate la nivelul liniei ghirlandate**
- E. marginile bazei să fie plasate la nivelul mucoasei mobile.

(pag. 304)

8 **În cadrul terapiei prin proteze parțial mobilizabile, metodele simple de determinare a relației centrice sunt**

- A. metoda homotropismului lingo-mandibular**
- B. metoda compresiunii pe menton**
- C. metoda deglutiției**
- D. manevra Nelaton
- E. metoda testelor Herbst

(pag. 306)

9 **În cadrul terapiei prin proteze parțial mobilizabile, metodele simple de determinare a relației centrice sunt**

- A. metoda flexiei forțate a capului**
- B. stimularea reflexului de ocluzie molară**
- C. stimularea reflexului de ocluzie incisivă
- D. manevra condiliană**
- E. metoda Patterson.**

(pag. 306-307)

10 În cadrul terapiei prin proteze parțial mobilizabile, solidarizarea machetelor de ocluzie se poate realiza prin următoarele procedee

- A.** folosirea de stifturi de interpoziționare între cele două machete
- B.** utilizarea de material de tip Repin
- C. utilizarea alginatului
- D.** practicarea unor lăcașe sau ancoșe în cele două valuri de ocluzie la nivel primilor premolari
- E. practicarea unui lăcaș în cele două valuri de ocluzie la nivelul liniei mediane

(pag. 307-308)

11 În cadrul terapiei prin proteze parțial mobilizabile, metoda Patterson de determinare a relației centrice prezintă următoarele particularități

- A.** stimulează reflexele vestigiale de poziționare centrică
- B.** bordurile de ocluzie se scurtează cu 2mm
- C. bordurile de ocluzie se lungesc cu 2mm
- D.** în grosimea bordurilor de ocluzie se realizează un șanț retentiv care se umple cu material abraziv
- E.** pacientul execută mișcări test de propulsie și lateralitate.

(pag. 307)

12 În cadrul terapiei prin proteze parțial mobilizabile, metoda homotropismului lingo-mandibular de determinare a relației centrice, prezintă următoarele particularități

- A.** se bazează pe faptul că mandibula urmează limba în periplul său static sau dinamic
- B. se bazează pe redeșteptarea vechilor reflexe parodonto-musculare
- C.** se plasează o bobiță de ceară pe bolta palatină a bazei machetei de ocluzie superioare
- D. se plasează o bobiță de ceară la nivelul bazei machetei de ocluzie inferioare
- E.** bolnavul va închide gura cu vârful limbii pe bobiță.

(pag. 306)

13 În cadrul terapiei prin proteze parțial mobilizabile, metoda de determinare a relației centrice prin stimularea reflexului de ocluzie molară se caracterizează prin următoarele particularități

- A. se realizează prin compresii bilaterale pe mușchiul temporal
- B.** se urmărește redeșteptarea vechilor reflexe parodonto-musculare de poziționare centrică
- C.** practicianul așează pulpa degetelor pe bordurile de ocluzie în dreptul molarilor
- D. practicianul așează pulpa degetelor pe bordura de ocluzie în dreptul incisivilor centrali
- E. practicianul așează pulpa degetelor pe bordurile de ocluzie în dreptul caninilor

(pag. 307)

14 Reperele ocluziei centrice stabilite de Costa sunt

- A.** circumscrierea arcadei mandibulare de către arcada maxilară
- B. circumscrierea arcadei maxilare de către cea mandibulară
- C.** contactul tripotal
- D. contactul vârf cuspid-pantă cuspidiană
- E.** cuspidul mezo-vestibular al primului molar maxilar plasat între cuspidul mezo-vestibular și medio-vestibular al primului molar mandibular.

(pag. 303)

15 Condițiile obiective de determinare a relațiilor mandibulo-craniene postulate de LEJOYEUX sunt:

- A.** Înaintea oricărei încercări de determinare și înregistrare a relației centrice, bolnavul să fie plasat în condiții ideale de echilibru fiziologic și psihologic
- B.** Determinarea DVO constituie elementul prealabil indispensabil pentru determinarea relației centrice
- C. Relația centrică se determină înaintea DVO
- D.** Stabilizarea bazei șabloanelor de ocluzie pe model este o condiție necesară și suficientă pentru ca în stadiul determinării relației centrice țesuturile suprafeței de sprijin să se regăsească în aceeași stare ca în momentul amprentării
- E.** presiunea trebuie să corespundă celei exercitate în momentul amprentării.

(pag. 303)

16 În cadrul terapiei prin proteze parțial mobilizabile, cauzele insuccesului înregistrării corecte a relațiilor mandibulo-craniene sunt

- A.** forțarea închiderii gurii
- B.** realizarea bordurilor de ocluzie din ceară moale
- C.** supraextensia bazei machetei de ocluzie
- D.** contactul dinților anteriori mandibulari cu baza machetei de ocluzie maxilară
- E. confecționarea bazei machetelor de ocluzie din acrilat.

(pag. 298)

17 În situația clinică în care pe unul dintre maxilare se realizează o protezare parțial mobilă iar pe celălalt o proteză totală, înregistrarea relațiilor intermaxilare prezintă următoarele particularități

- A. este suficientă înregistrarea poziției de intercuspitate maximă
- B.** se folosesc machete de ocluzie
- C.** machetele de ocluzie se solidarizează în poziție de relație centrică
- D. machetele de ocluzie se solidarizează în poziție de cap la cap propulsie
- E.** în determinarea nivelului și orientării planului de ocluzie ne vom orienta după dinții restanți, apreciind corect clearance-ul ocluzal.

(pag. 296-297)

18 În cadrul terapiei prin proteze parțial mobilizabile, verificarea intraorală a machetelor de ocluzie urmărește

- A.** modalitatea de inserție pe câmpul protetic
- B.** dacă bordurile de ocluzie prin volum și poziție redau plenitudinea obrazilor și buzelor
- C.** gradul de adaptare dintre baza machetei de ocluzie și câmpul protetic
- D. realizarea contactelor tripodice
- E. dacă bordura de ocluzie mandibulară prezintă lăcașe retentive la nivelul incisivilor

(pag. 304)

19 În cadrul terapiei prin proteze parțial mobilizabile, manevra condiliană de determinare a relației centrice prezintă următoarele particularități

- A.** poziția de relație centrică se obține prin presiune usoară în timpul miscării deschidere–închidere exercitată cu indexul în conductul auditiv intern și policele pretragian
- B.** permite verificarea poziției centrice a condililor
- C. utilizează deglutiția pentru poziționarea mandibulei în relație centrică
- D. urmărește ca prin tracțiunea către posterior exercitată de mușchii subhioidieni să se determine o poziție a mandibulei cât mai posterioară
- E. constă în compresiunea bilaterală a maseterilor.

(pag. 307)

20 În cadrul terapiei prin proteze parțial mobilizabile, în etapa de înregistrare a relațiilor mandibulo-craniene se are în vedere prefigurarea unor parametri ai ocluziei centrice precum

- A.** nivelul și orientarea planului de ocluzie
- B.** rapoartele interarcadice
- C.** clearance-ul ocluzal
- D. realizarea coridorului bucal
- E. realizarea unităților masticatorii.

(pag. 296)

*** 21 În cazul în care pe unul din maxilare se realizează o proteză parțial mobilă iar celălalt va fi protezat prin proteză totală, pentru înregistrarea relațiilor intermaxilare sunt necesare:**

- A. Un cadru din sarmă cu suport textil și pasta de zinc-oxid-eugenol
- B. Folii de ceară de ocluzie
- C. Doua modele poziționate de către medic în relație centrică prin metoda discriminării tactile
- D. Retenții pe suprafața orală a bordurii de ocluzie a machetei de pe maxilarul edentat parțial
- E.** Doua machete de ocluzie

(pag. 296-297)

22 În cadrul înregistrării relației intermaxilare ca etapă a terapiei prin proteze parțiale scheletate, relaxarea musculară și îndepărtarea durerii se obțin prin:

- A.** Inhibitori de ocluzie
- B.** Miogimnastică
- C.** Medicatie
- D.** Aplicarea unor proteze tranzitorii
- E. Pierderea stopurilor ocluzale centrice

(pag. 295-296)

23 In cadrul terapiei prin proteze parțiale scheletate, verificarea intraorală a machetelor de ocluzie urmărește:

- A. Adaptarea bazei machetei pe modelul funcțional
 - B. Modalitatea de inserție a machetelor de ocluzie pe câmpul protetic**
 - C. Gradul de adaptare între baza machetei și câmpul protetic**
 - D. Stabilizarea machetelor de ocluzie prin captusire intraorală**
 - E. Orientarea planului de ocluzie
- (pag. 304-305)

Tema nr. 65

Etape ale terapiei prin proteze totale: amprentarea

Bibliografie asociată temei:

N. Forna (coordonator), C. De Baat, L. Lascu, M. Pauna - *Protetica dentară Vol. II, Editura Enciclopedică, București, 2011.*
pag. 465-544

*** 1 Scopul amprentei preliminare este de**

- A. realizare a modelului de lucru
 - B. realizare a modelului preliminar și a lingurii individuale**
 - C. determinare a relației centrice
 - D. realizare a lingurii standard
 - E. determinare a dimensiunii verticale de ocluzie.
- (pag. 470)

*** 2 După Franz Herbst, deglutiția se folosește pentru modelarea marginală în regiunea**

- A. vestibulară labială maxilară
 - B. ligamentului pterigo-maxilar
 - C. retromilohioidiană**
 - D. linguală centrală
 - E. maxilară posterioară.
- (pag. 514)

*** 3 Obiectivul major al tehnicilor de amprentare mucostatice este**

- A. de a nu deforma deloc câmpul protetic în timpul amprentării**
 - B. de a înregistra cu precizie poziția vălului palatin
 - C. de a poziționa mandibula în relație centrică
 - D. de a transmite presiunile masticatorii doar la nivelul bolții palatine
 - E. de a înregistra cu precizie jocul formațiunilor mobile de la periferia câmpului protetic.
- (pag. 506)

*** 4 Argumentul major al adepților amprentelor de despovărare la edentatul total este**

- A. protezele se găsesc sub presiune ocluzală tot timpul
 - B. protezele se găsesc sub presiune ocluzală doar câteva ore pe zi**
 - C. închiderea marginală a protezelor totale este opțională
 - D. amprentarea preliminară a edentatului total se face simultan la ambele maxilare
 - E. determinarea relației centrice este opțională
- (pag. 467)

*** 5 Care dintre următoarele repere anatomice se găsește la nivelul câmpului protetic maxilar**

- A. tuberculul piriform
 - B. papila incisivă**
 - C. linia oblică externă
 - D. frenul lingual
 - E. mușchiul milohioidian.
- (pag. 481)

6 Obiectivele amprentei preliminare a câmpului protetic edentat total sunt

- A. asigurarea sprijinului**
 - B. asigurarea retenției**
 - C. asigurarea menținerii crestei reziduale**
 - D. asigurarea dimensiunii verticale de ocluzie
 - E. asigurarea menținerii poziției de postură.
- (pag. 471)

7 Situațiile clinice care necesită amprentarea prin tehnici de presiune selectivă a câmpului protetic edentat total sunt

- A. creastă balantă anterioară**
 - B. tuberozități maxilare bine reprezentate
 - C. creastă mandibulară posterioară fibroasă nefavorabilă**
 - D. creastă mandibulară aplatizată, acoperită cu mucoasă atrofică**
 - E. creastă mandibulară aplatizată, acoperită cu mucoasă atrofică tuberculi piriformi bine reprezentați.
- (pag. 470)

8 Care dintre următoarele repere anatomice aparțin câmpului protetic edentat total maxilar

- A. foveele palatine**
 - B. papila incisivă**
 - C. frenul lingual
 - D. ligamentul pterigomaxilar**
 - E. tuberculii piriformi.
- (pag. 481)

9 Care dintre următoarele repere anatomice aparțin câmpului protetic edentat total mandibular

- A. tuberozitatea maxilară
- B. tuberculi piriformi**
- C. mușchiul milohioidian
- D. linia oblică externă
- E. spațiul retromilohioidian.**

(pag. 481-482)

10 Evitarea reflexului de vomă în timpul amprentării câmpului protetic edentat total se poate face prin

- A. îndiguirea cu un rulou de ceară a lingurii**
- B. distragerea atenției pacientului**
- C. utilizarea de hidrocoloizi ireversibili cu timp de priză crescut
- D. pentru prepararea alginatului se utilizează apă puțin mai caldă**
- E. îndepărtarea amprente la un minut de la gelificare.**

(pag. 489)

11 La controlul amprente preliminare a câmpului protetic edentat total mandibular se apreciază dacă au fost înregistrate

- A. zona retromilohioidiană**
- B. zona de vibrație a vălului palatin
- C. tuberculul piriform**
- D. depresiunea creată de mușchiul milohioidian contractat**
- E. tuberozitatea maxilară.

(pag. 481)

12 Criteriile generale pe care trebuie să le îndeplinească portamprentele individuale sunt

- A. se confecționează pe modelul de lucru
- B. se confecționează pe modelul preliminar**
- C. să fie rigidă, indiferent de materialul din care se confecționează**
- D. să nu interfereze cu traiectele procesului coronoid în cursul mișcărilor mandibulare**
- E. mânerul să nu interfereze cu acțiunea orbicularului buzei.**

(pag. 500)

13 Principalele obiective pe care trebuie să le îndeplinească o amprentă finală a câmpului protetic edentat total sunt:

- A. obținerea unei înălțimi corecte a marginilor și o extindere maximă a bazei protezei**
- B. repartizarea de presiuni egale asupra părților moi și dure**
- C. obținerea unei înălțimi corecte a dimensiunii verticale de ocluzie
- D. poziționarea mandibulei în poziția de relație centrică
- E. respectarea libertății contracțiilor musculare și realizarea închiderii marginale a protezei.**

(pag. 502)

14 Etapele comune, valabile în oricare tehnică de amprentare finală a câmpului protetic edentat total sunt:

- A. folosirea unei portamprente individuale**
- B. folosirea unei portamprente standard
- C. executarea anumitor mișcări de modelare marginală**
- D. adaptarea portamprentei individuale utilizarea unuia sau mai multor materiale de amprentare.**
- E. utilizarea unuia sau mai multor materiale de amprentare.**

(pag. 504)

15 Metoda Schreinemakers de amprentare a câmpului protetic edentat total prezintă următoarele particularități

- A. lingura individuală mandibulară se îngroașă în regiunea linguală centrală**
- B. lingura individuală mandibulară se îngroașă la nivelul nișei retromilohioidiene
- C. portamprentele individuale prezintă borduri de ocluzie**
- D. portamprentele individuale nu prezintă borduri de ocluzie
- E. determinarea DVO se face înaintea amprentării.**

(pag. 510-511)

16 Etapele tehnicii LEJOYEUX de amprentare a câmpului protetic edentat total sunt

- A. determinarea dimensiunii verticale de ocluzie
- B. determinarea relației centrice
- C. verificarea și adaptarea portamprentei individuale**
- D. verificarea marginilor**
- E. amprentarea suprafeței de sprijin.**

(pag. 512)

17 În cadrul tehnicii HERBST de amprentare a câmpului protetic edentat total, mișcările test pentru mandibulă sunt

- A.** deschiderea medie a gurii
- B.** deschiderea largă a gurii
- C.** umezirea buzelor
- D. pronunțarea fonemei Ah
- E. manevra Valsalva

(pag. 513-514)

18 În cadrul tehnicii HERBST de amprentare a câmpului protetic edentat total, mișcările test pentru maxilar sunt

- A. deglutiția
- B.** mimarea fluieratului
- C.** mimarea surâsului forțat
- D. umezirea buzelor
- E.** pacientul tușește.

(pag. 513-515)

19 Verificarea și adaptarea intraorală a portamprentelor individuale presupune parcurgerea următorilor timpi

- A.** verificarea sprijinului, stabilității și a adeziunii
- B.** verificarea lungimii portamprentei individuale
- C.** verificarea grosimii portamprentei individuale
- D.** realizarea închiderii marginale interne
- E. determinarea dimensiunii verticale de ocluzie.

(pag. 521)

20 Care dintre următoarele faze fac parte din tehnica "all oral " descrisă de Hofmann

- A.** amprenta preliminară utilizând port-amprente speciale "Si-Plast"
- B.** controlul bazei machetei de ocluzie
- C.** controlul machetei cu dinți
- D. amprenta finală utilizând linguri individuale confecționate din placă de bază
- E.** inserarea protezelor finite în cavitatea orală.

(pag. 519)

21 La un pacient edentat total, amprentarea prin tehnici de presiune selectivă este indicată:

- A. Când se urmărește realizarea unei închideri marginale optime
- B. Când se urmărește asigurarea unui spațiu necesar arcadei dentare artificiale
- C.** În cazul prezentei unei creste balante anterioare
- D.** În cazul prezentei unei creste mandibulare aplatizate, acoperite cu mucoasa atrofică
- E.** În cazul prezentei unei creste mandibulare posterioare fibroase nefavorabile

(pag. 470)

22 Alegerea portamprentei standard în vederea amprentării unui câmp protetic edentat total, se caracterizează prin:

- A.** Se face obligatoriu cu ajutorul unui compas
- B.** La maxilar se realizează prin măsurarea distanței dintre polii externi ai celor două tuberozități
- C. Marginile portamprentei interfera cu frenurile bucale, labiale și/sau linguale
- D. Portamprenta nu acoperă tuberozitățile maxilare
- E. Portamprenta este subdimensionată față de câmpul protetic

(pag. 474-475)

23 Obiectivele generale ale amprentării finale în edentatia totală sunt reprezentate de rezolvarea problemelor de:

- A.** Menținere
- B.** Stabilitate
- C.** Fizionomie
- D.** Fonatie
- E. Extindere minimă a bazei protezei totale

(pag. 502)

Tema nr. 66

Etape ale terapiei prin proteze totale: determinarea relațiilor intermaxilare

Bibliografie asociată temei:

*N. Forna (coordonator), C. De Baat, L. Lascu, M. Pauna - Protetica dentară Vol. II, Editura Enciclopedică, București, 2011.
pag. 550-564*

*** 1 În zona frontală, planul de ocluzie are o orientare paralelă cu**

- A. planul Camper
- B.** linia bipupilară
- C. planul bazal mandibular
- D. planul Frankfurt
- E. planul facial

(pag. 551)

*** 2 În zona laterală, planul de ocluzie are o orientare paralelă cu**

- A. planul facial
- B. planul orbito-frontal
- C.** planul Camper
- D. planul bipupilar
- E. planul naso-frontal

(pag. 551)

* 3 În cadrul terapiei prin proteze totale, pentru ușurința în determinarea orientării planului de ocluzie se poate utiliza

- ☒ A. plăcuța Fox
- ☐ B. ocluzorul
- ☐ C. articulatorul total programabil
- ☐ D. ocluzometrul Willis
- ☐ E. rigla Gyzy.

(pag. 551)

* 4 Metoda antropometrică Willis de determinare a dimensiunii verticale de ocluzie consideră că segmentul subnazale-gnation este egal cu

- ☐ A. segmentul nasion-subnazale
- ☐ B. segmentul Ala- Tragus
- ☒ C. distanța dintre fanta labială și unghiul extern al ochiului
- ☐ D. segmentul ophrion-subnazale
- ☐ E. segmentul gonion-gnation.

(pag. 555)

* 5 Metoda antropometrică Leonardo DaVinci de determinare a dimensiunii verticale de ocluzie consideră că segmentul subnazale-gnation este egal cu

- ☐ A. segmentul Ala- Tragus
- ☒ B. segmentul nasion-subnazale
- ☐ C. segmentul gonion-gnation
- ☐ D. segmentul zygion-zygion
- ☐ E. segmentul gonion-gonion.

(pag. 555)

6 În cadrul terapiei prin proteze totale, adaptare și individualizarea machetelor de ocluzie constau într-o succesiune de etape care au ca scop

- ☒ A. determinarea nivelului și a planului de ocluzie
- ☒ B. determinarea relației de postură
- ☒ C. asigurarea reperelor pentru determinarea relației centrice
- ☐ D. obținerea modelului de lucru
- ☐ E. obținerea închiderii marginale interne.

(pag. 550)

7 Dimensiunea verticală a etajului inferior al feței se măsoară între punctele

- ☐ A. ophrion
- ☐ B. nasion
- ☒ C. subnazale
- ☒ D. gnation
- ☐ E. gonion.

(pag. 552)

8 Metodele antropometrice cu repere preextracționale de determinare a dimensiunii verticale a etajului inferior al feței sunt

- ☒ A. utilizarea profilometrului Sears
- ☒ B. metoda Wright – utilizează fotografii din perioada dentată
- ☒ C. metoda Swenson – utilizează măști faciale din polistiren
- ☐ D. metoda Boianov
- ☐ E. metoda Willis

(pag. 544)

9 Metodele antropometrice fără repere preextracționale de determinare a dimensiunii verticale a etajului inferior al feței sunt

- ☒ A. metoda compasului de aur Appenrodt
- ☒ B. metoda Leonardo DaVinci
- ☐ C. metoda Silvermann
- ☒ D. metoda planului de la Frankfurt
- ☒ E. metoda Boianov.

(pag. 555)

10 Metodele funcționale de determinare a dimensiunii verticale de ocluzie sunt

- ☒ A. metoda Wild – utilizează teste fonetice care conțin fonema "me"
- ☒ B. metoda Silvermann – utilizează teste fonetice care conțin fonema "esse"
- ☒ C. metoda Robinson – utilizează teste fonetice care conțin fonemele "fe", "ve" plasate la sfârșitul cuvintelor
- ☐ D. metoda Wright
- ☐ E. metoda Willis.

(pag. 556)

11 În cadrul terapiei prin proteze totale, metodele simple de determinare a relației centrice sunt

- ☒ A. manevra condiliană
- ☒ B. stimularea reflexului de ocluzie molară
- ☐ C. centrocordul Optow
- ☒ D. metoda Patterson
- ☒ E. manevra temporală Green.

(pag. 558-559)

12 În cadrul terapiei prin proteze totale, manevra temporală Green de determinare a relației centrice

- A.** are ca scop obținerea de contracții musculare simetrice
- B. are ca scop obținerea de contracții musculare asimetrice
- C.** se realizează prin compresiune pe fascicoul posterior al temporalului
- D. se realizează prin compresiune pe pterigoidianul extern
- E.** compresiunea musculară se face simultan cu palparea în paralel a condiliilor mandibulari.

(pag. 559)

13 În cadrul terapiei prin proteze totale, metodele complexe de determinare a relației centrice sunt

- A.** memoria ocluzală Lejoyeux
- B.** autoocluzorul Lende
- C.** centrocordul Optow
- D. metoda compresiei pe menton
- E. metoda flexiei forțate a capului.

(pag. 560-561)

14 În cadrul terapiei prin proteze totale, solidarizarea machetelor de ocluzie se poate realiza prin

- A.** utilizarea unor anse de sârmă în formă de "U"
- B.** practicarea unor linii oblice intersectate la nivelul zonelor laterale în ceara bordurilor de ocluzie
- C.** utilizarea unor materiale de tip Repin
- D. utilizarea hidrocoloizilor ireversibili
- E.** folosirea unor știfturi de interpoziționare între cele două machete.

(pag. 562)

15 În cadrul terapiei prin proteze totale, principalele repere necesare alegerii dinților artificiali sunt

- A.** linia mediană
- B.** linia caninilor
- C. linia incisivilor
- D.** linia surâsului
- E. linia orbitale-porion.

(pag. 563)

16 Principalele inconveniente ale determinării relației centrice la dentatul total derivă din

- A.** mobilitatea mandibulei în toate direcțiile
- B.** ștergerea reflexelor
- C.** schimbarea continuă a stării de tonicitate a mușchilor mobilizatori ai mandibulei
- D. menținerea aceleiași stări de tonicitate a mușchilor mobilizatori ai mandibulei
- E.** imbibitiția tisulară postdentatie.

(pag. 563-564)

17 În cadrul terapiei prin proteze totale, metoda stimulării electrice bilaterale Jenkelson de determinare a relației centrice prezintă următoarele particularități

- A.** se bazează pe aplicarea unor stimuli electrici preauricular
- B. se bazează pe aplicarea unor stimuli electrici prementonier
- C.** stimulul întâlnește ramul motor al nervului trigemen
- D. stimulul întâlnește ramul senzitiv al nervului trigemen
- E.** rezultatul este contracția musculară echilibrată și simetrică.

(pag. 562)

18 În cadrul terapiei prin proteze totale, după înregistrarea relației centrice, verificarea reperelor acestora urmărește

- A. poziția excentrică a condiliilor
- B.** poziția centrică a condiliilor
- C.** linii mediane corespondente
- D.** contact ocluzal pe toată suprafața bordurilor machetelor de ocluzie
- E. contact ocluzal doar în zona anterioară a bordurilor machetelor de ocluzie.

(pag. 562)

19 În cadrul terapiei prin proteze totale, metoda memoriei ocluzale LEJOYEUX de determinare a relației centrice prezintă următoarele particularități

- A.** se utilizează metoda înscrierii grafice
- B.** macheta de ocluzie mandibulară prezintă trei platouri acoperite cu ceară inlay
- C.** șablonul maxilar prezintă trei ace înscriitoare
- D. șablonul mandibular prezintă trei ace înscriitoare
- E. șablonul maxilar prezintă trei platouri acoperite cu ceară inlay

(pag. 560)

20 În cadrul terapiei prin proteze totale, metoda autoocluzorului Lende de determinarea a relației centrice prezintă următoarele caracteristici

- A.** este foarte precisă
- B.** autorul consideră că orice obstacol așezat pe traiectoria de închidere mandibulară determină glisarea mandibulei spre o poziție excentrică
- C. dispozitivul de înregistrare este format din șase plăcuțe
- D.** dispozitivul de înregistrare este format din două plăcuțe
- E.** nu poate transmite laboratorului reperele pentru alegerea dinților artificiali.

(pag. 560-561)

21 În cadrul terapiei prin proteze totale, metoda de determinare a relației centrice cu centrocordul Optow prezintă următoarele particularități

- A.** sistemul de înregistrare prezintă o plăcuță maxilară, una mandibulară și o a treia ca intermediar de fixare
- B.** plăcuța maxilară are un vârf de înscriere grafică plasat anterior și două vârfuri stabilizatoare în zonele laterale
- C. plăcuța maxilară are patru vârfuri de înscriere grafică
- D.** în zonele laterale ale plăcuței mandibulare, aparatul prezintă sisteme de fixare ale unor resorturi
- E. se bazează pe aplicarea unor stimuli electrici preauricular.

(pag. 561)

*** 22 În cadrul terapiei prin protezare totală, manevra maseterina Gysi de determinare a relației centrice constă în:**

- A. Obținerea de contractii prin compresiunea fascicolului posterior al temporalului
- B.** Compresiunea maseterului bilateral în timp ce bolnavul realizează închiderea gurii cu scopul obținerii de contractii echilibrate
- C. Stimularea reflexului de ocluzie molară
- D. Stimularea reflexelor vestigiale de poziționare centrică cu ajutorul machetelor de ocluzie special pregătite
- E. Compresiunea fascicolului anterior al temporalului

(pag. 559)

23 Care sunt situațiile de excepție în care orientarea planului de ocluzie în zona laterală la edentatul total nu se mai face paralel cu planul Camper:

- A.** Malrelatii mandibulo-craniene accentuate în sens anteroposterior
- B.** Dismorfii grave
- C. Hipotonie generalizată
- D. Absența receptorilor parodontali
- E. Combinarea mișcărilor de propulsie - retropulsie a mandibulei

(pag. 551-553)

24 Dificultățile de determinare a relației centrice la edentatul total sunt determinate de:

- A.** Hiperlaxitatea ligamentară
- B.** Uzura osoasă articulară
- C. Corespondența între planul medio-sagital al mandibulei și linia medio-sagitală a feței
- D.** Stergerea reflexelor de poziționare centrică
- E. Centrarea condiliilor în cavitățile glenoide

(pag. 557-558)

Tema nr. 67

Etape ale terapiei prin proteze totale. Proba machetelor

Bibliografie asociată temei:

N. Forna (coordonator), C. De Baat, L. Lascu, M. Pauna - Protetica dentară Vol. II, Editura Enciclopedică, București, 2011. pag. 568-582

*** 1 Care din următoarele afirmații privind controlul ocluzorului și al machetelor protezelor totale este falsă?**

- A. ocluzorul nu trebuie să aibă joc în balamă
- B. planul median al modelelor să corespundă cu cel al ocluzorului
- C.** contrapiulita să fie desfăcută
- D. pe model să fie trasate liniile caninilor
- E. pe model să fie trasată curbura sagitală a crestei edentate

(pag. 568)

*** 2 Dacă DVO este marită :**

- A. pacientul are un facies îmbătrânit
- B. santurile peribucale sunt accentuate
- C. dinții sunt puțin vizibili
- D.** pacientul are un facies crispat
- E. rosul buzelor este diminuat

(pag. 576)

*** 3 Daca la pronuntarea fonemei V aceasta seamana cu F:**

- A.** dintii superiori sunt prea scurți
- B. dintii superiori sunt oralizati
- C. dintii frontali inferiori sunt lingualizati
- D. macheta superioara este prea extinsa
- E. dintii superiori sunt vestibularizati

(pag. 579)

*** 4 Care dintre urmatoarele afirmatii referitoare la controlul machetelor protezelor totale este falsa?**

- A. stabilitatea machetei se verifica prin apasari alternative pe zona premolara si molară
- B.** macheta nu trebuie sa aiba mentinere la proba
- C. controlul extinderii machetei mandibulare se face cu gura intredeschisa
- D. baza machetei superioare nu interfera cu miscarile functionale
- E. baza machetei trebuie extinsa sa cuprinda zona de inchidere palatinala posterioara

(pag. 570)

*** 5 Care dintre urmatoarele afirmatii privind examinarea pacientului protezat total este falsa?**

- A. linia mediana interincisiva superioara se suprapune pe planul medio sagital al fetei
- B. curbura vestibulara simetrica
- C.** fata ocluzala a dintilor superiori sa fie vizibila
- D. vizibilitatea dintilor sa fie corelata cu varsta
- E. curbura incizala sa se incadreze in armonia fetei

(pag. 571)

6 Controlul machetei protezei totale superioare presupune:

- A.** baza machetei nu va fi dislocata de miscarile functionale
- B.** la aplicari alternative de presiune pe zona laterala nu va fi dislocata
- C. baza machetei nu trebuie sa se extinda posterior
- D.** macheta trebuie sa aiba o mentinere minima
- E. baza machetei nu trebuie sa ocoleasca frenul buzei superioare si bridele

(pag. 570)

7 La controlul intraoral al machetelor protezelor totale, în timpul examinării pacientului din profil se observă următoarele:

- A.** buza superioară este mai proeminentă decât cea inferioară la pacienții la care în regiunea s-a realizat montarea dinților cu supraocluzie frontală
- B.** buza inferioară este mai proeminentă atunci când situația clinică a impus o montare frontală inversă
- C. marginea vestibulara a machetei va bomba pragul narinar
- D. buza superioară proemină în situația în care montarea dinților artificiali s-a realizat cap la cap
- E. buza inferioară proemină în situația în care montarea dinților artificiali s-a realizat cap la cap

(pag. 571-572)

8 DVO micșorată se manifestă prin:

- A.** aspect îmbătrânit al faciesului
- B. facies crispat
- C.** santuri peribucale accentuate
- D. buzele nu intra in contact
- E.** rosul buzelor diminuat

(pag. 576)

9 DVO marită se manifestă prin:

- A. santuri peribucale accentuate
- B.** facies crispat
- C.** buzele nu intra in contact
- D.** dintii sunt prea vizibili
- E. facies îmbătrânit

(pag. 576)

10 La examinarea pacientului protezat total cu gura intredeschisa se urmareste:

- A.** curbura vestibulara sa fie simetrica
- B.** linia mediana interincisiva superioara sa se suprapuna pe planul medio-sagital al fetei
- C.** curbura incizala paralela cu marginala a buzei inferioare
- D.** armonie dento-somato faciala
- E. intre fetele vestibulare ale premolarilor si obraji sa nu existe spatiu

(pag. 575)

11 La controlul ocluzorului si al machetelor protezelor totale se verifica:

- A.** absenta jocului in balama
- B. pe ocluzor sa fie trasata curbura sagitala
- C.** pe modele sa fie trasata linia planului de ocluzie
- D. contrapiulita sa nu fie fixata
- E.** pe modele sa fie trasate liniile caninilor

(pag. 568)

12 Ce conditii trebuie sa indeplineasca arcadele artificiale ale protezelor totale:

- A. dintii realizeaza unitati masticatorii de cate 2 dinti
- B. cei 6 frontali ocupa spatiul dintre cele 2 linii canine**
- C. linia mediana interincisiva sa corespunda cu cea de pe model**
- D. directia curburii sagitale sa fie convergenta cu cea a crestei mandibulare
- E. dintii laterali trebuie montati excentric fata de mijlocul crestei

(pag. 569)

13 Ce reguli trebuie sa indeplineasca dintii montati pe protezele totale?

- A. sa respecte curbura incizala notata in fisa**
- B. dintii sa realizeze unitati masticatorii de 3 dinti**
- C. dintii laterali sa fie montati pe mijlocul crestei**
- D. dintii laterali sa fie montati si pe tuberozitate
- E. dintii laterali montati pana la 0,5 cm de marginea distala

(pag. 569)

14 Ce obiective se urmaresc la controlul machetelor protezelor totale?

- A. macheta sa aiba mentinere minima**
- B. lipsa miscarilor de basculare la presiuni alternative pe zonele laterale**
- C. extinderea marginilor machetelor se verifica cu gura deschisa maxim
- D. la miscarile functionale machetele nu vor fi mobilizate**
- E. baza machetei nu se va extinde la nivelul zonei de inchidere palatinala posterioara

(pag. 570)

15 La controlul bazelor din ceara ale machetelor protezelor totale se urmareste:

- A. sa respecte limitele functionale ale campului protetic**
- B. versantul vestibular sa fie concav
- C. versantul lingual al machetei inferioare modelat concav**
- D. ceara sa aiba o culoare apropiata de gingia naturala**
- E. bazele de ceara acopera 1/3 anterioara a tubercului piriform

(pag. 570-571)

16 Daca la controlul machetelor protezelor totale exista o diferenta de 1mm intre RC si IM se impune:

- A. pastrarea relatiilor intermaxilare actuale si pe proteza finita
- B. se efectueaza slefuiri selective**
- C. se vor modifica relatiile intermaxilare pe protezele finite**
- D. machetele se tin timp indelungat in gura pentru a permite inmuiera cerii si repositionarea dintilor**
- E. se determina relatiile intermaxilare din nou

(pag. 577-578)

17 Ce zone ale campului protetic edentat se despoaveaza?

- A. tuberculul piriform
- B. sutura intermaxilara**
- C. papila incisiva**
- D. exostozele**
- E. zona de inchidere palatinala posterioara

(pag. 581)

18 Ce reguli se respecta cand se graveaza modelul pentru proteza totala?

- A. gravarea se face de catre tehnician
- B. profunzimea sa fie de 2/3 din depresibilitatea tesuturilor**
- C. profunzimea sa fie mai mare pentru valurile palatine vertical**
- D. profunzimea sa fie mai mare pentru valurile palatine orizontale
- E. gravarea se face pe modelul functional**

(pag. 580-581)

19 Ce reguli trebuie respectate atunci cand se foliaza modelul preliminar pentru proteza totala?

- A. zonele foliate sunt stabilite de catre medic**
- B. grosimea zonelor foliate variaza intre 0,25 si 1 mm**
- C. tehnicianul va hasura pe model zonele foliate
- D. se va corela gradul de foliere a torusului palatin cu diferenta dintre rezilierea mucoasei de pe crestele edentate si rezilierea mucoasei care acopera torusul**
- E. crestele milohioidiene ascutite nu se foliază niciodată

(pag. 581)

20 Corectarea DVO la proba machetelor se poate face:

- A.** prin lipirea unor benzi de ceara pe fetele ocluzale ale premolarilor si molarilor
- B.** scoaterea din ceara a dintilor si montarea unui val de ceara
- C. prin lipirea unor benzi la nivelul dintilor frontali
- D.** cand DVO este prea mare se recomanda reluarea fazei de determinare a relatiilor intermaxilare
- E.** remontarea dintilor in ceara respectand DVO corecta

(pag. 576-577)

21 La controlul intraoral al machetelor protezelor totale, in timpul examinarii din fata se urmareste:

- A.** Simetria buzei superioare
- B. Pozitionarea buzelor in acelasi plan daca montarea dintilor s-a facut cap la cap
- C.** Aspectul rosului buzelor sa fie acceptabil
- D.** Santurile nazo-labiale si para-labiale trebuie sa prezinte adancituri mai sterse decat inainte de protezare
- E. Santurile nazo-labiale si para-labiale trebuie sa prezinte adancituri mai accentuate decat inainte de protezare

(pag. 571-572)

22 Ce caracteristici trebuie sa prezinte machetele protezelor totale pentru a accentua feminitatea sau personalitatea delicata:

- A.** Aspect fluid al danturii
- B. Dinti frontali cu linii clare, viguroase
- C. Dinti cu unghiuri bine conturate
- D.** Dinti cu forme rotunde, line
- E.** Particularitati de montare a dintilor artificiali in armonie cu forma generala a faciesului pacientului

(pag. 573)

23 In cadrul verificarii intraorale a machetelor protezelor totale, proba spatulei se refera la:

- A.** Controlul componentei orizontale a ocluziei
- B.** Existenta unui angrenaj ocluzal real si corect intre dintii laterali, proba spatulei fiind negativa
- C.** Existenta unui angrenaj ocluzal fals intre dintii laterali, proba spatulei fiind pozitiva
- D. Prezenta contactelor ocluzale antagoniste de tip tripodic
- E. Controlul dimensiunii verticale de ocluzie

(pag. 577)

24 Emisiunea suierata a fonemei "S" la controlul fonetic al machetelor protezelor totale este cauzata de urmasorii factori:

- A.** Frontalii superiori sunt prea vestibularizati
- B.** Frontalii inferiori sunt prea lingualizati
- C. Frontalii superiori sunt oralizati
- D. Dintii superiori sunt prea scurți
- E.** Intre varful limbii si regiunea retroincisiva exista un spatiu prea mare

(pag. 579)

Tema nr. 68

Verificarea si adaptarea protezelor mobile

Bibliografie asociata temei:

N. Forna (coordonator), C. De Baat, L. Lascu, M. Pauna - Protetica dentara Vol. II, Editura Enciclopedica, Bucuresti, 2011. pag. 583-593

*** 1 Care dintre urmasorii factori nu cauzeaza bascularea protezelor?**

- A.** montarea dintilor pe mijlocul crestei
- B. montarea dintilor excentric
- C. erori de amprentare
- D. folierea insuficienta a torusului palatin
- E. rezilienta crescuta a mucoasei fixe

(pag. 586)

*** 2 La o proteza corect efectuata:**

- A. dintii sunt pozitionati excentric pe creasta
- B. fata interna prezinta asperitati
- C.** fata externa este lustruita
- D. limita posterioara a protezei maxilare este ingrosata
- E. marginile protezei sunt subtiri

(pag. 585)

*** 3 Care dintre urmatoarele cauze nu provoaca bascularea protezei:**

- A. atrofii accentuate ale osului alveolar
- B. rezilienta crescuta a mucoasei fixe
- C.** montarea dintilor pe mijlocul crestei
- D. situarea arcadelor in culoarul neutral
- E. extinderea protezei pe 2/3 ale tuberculului piriform

(pag. 586)

*** 4 Care dintre următoarele cauze nu provoacă bascularea protezei de pe câmpul protetic:**

- A. erori de amprentare
- B. atrofia exagerată a crestei alveolare
- C. folierea torusului palatin
- D. montarea dinților în afara crestei edentate
- E. lustruirea feței externe a protezei**

(pag. 588)

*** 5 Care dintre următoarele indicații privind igiena protezei și cavității orale nu este adevărată:**

- A. proteza se va spăla cu pasta de dinți**
- B. protezele se mențin în soluții de curățat în timpul nopții
- C. proteza se va spăla cu săpun și apă
- D. gingiile se vor masa și curățate zilnic
- E. igienizarea protezei se face deasupra unui vas cu apă

(pag. 591-592)

6 Pentru controlul menținerii protezei se fac următoarele teste:

- A. tracțiune oro-vestibulară pe fața linguală pentru verificarea închiderii în zona centrală linguală
- B. tracțiune oro-vestibulară pe fața linguală pentru verificarea închiderii la nivelul tuberculului piriform**
- C. presiune vestibulo-orală pe fața vestibulară a incisivilor pentru zona centrală linguală**
- D. tracțiune verticală pentru aprecierea închiderii totale**
- E. tracțiune pe fața vestibulo-orală a incisivilor inferiori pentru controlul închiderii în zona linguală centrală

(pag. 586-587)

7 Pentru retusarea protezelor se respectă următoarele reguli:

- A. pacientul va purta proteza cel puțin 6-8 ore înainte de control**
- B. se marchează zonele fără leziuni cu creion chimic
- C. se folosesc freze de dimensiuni corespunzătoare pentru piesa dreaptă**
- D. fața internă se lustruiește în urma retusării
- E. primul control se face la 24 de ore după inserarea protezelor**

(pag. 583)

8 Ce se urmărește la controlul extra-oral al protezei?

- A. dinții să fie aliniați corect**
- B. fața internă poate prezenta plusuri
- C. limita posterioară a protezei este îngroșată
- D. fața internă a protezei nu prezintă urme de gips**
- E. marginile protezei sunt rotunjite**

(pag. 585)

9 Următoarele variante reprezintă cauze ale basculării protezelor totale:

- A. neacoperirea tuberculului piriform de către baza protezei totale**
- B. montarea dinților în interiorul culoarului neutral
- C. montarea dinților în afara culoarului neutral**
- D. montarea dinților laterali pe mijlocul crestei edentate
- E. xerostomia

(pag. 586-588)

10 Ulcerarea și inflamația tesuturilor subiacente protezelor totale se datorează:

- A. contacte premature**
- B. imperfecțiuni ale bazei protezei**
- C. DVO prea mică
- D. DVO prea mare**
- E. supraextensia marginilor**

(pag. 584)

11 Ulcerarea și inflamația tesuturilor subiacente protezelor totale se datorează:

- A. igienei orale deficitare**
- B. boli sistemice și avitaminoze**
- C. corp strain sub proteza**
- D. nerespectarea planurilor de ocluzie
- E. fața internă nu a fost lustruită

(pag. 584)

12 Lipsa menținerii protezelor totale este cauzată de:

- A. contacte premature
- B. supraextinderea marginilor**
- C. perforații ale bazei**
- D. supraextensia marginilor**
- E. marginile protezei sunt rotunjite

(pag. 586-587)

13 Ce factori contribuie la pierderea stabilitatii protezelor totale?

- A.** margini prea scurte ale protezei
- B. montarea dintilor pe mijlocul crestei
- C.** DVO prea mare
- D.** plasarea incorecta a planului de ocluzie
- E.** DVO prea mica

(pag. 586)

14 Cauzele bascularii transversale a protezelor totale pot fi :

- A. montarea dintilor laterali pe mijlocul crestei
- B.** montarea dintilor laterali in afara crestei
- C.** extinderea bazei pe 1/3 din tuberculul piriform
- D.** atrofii accentuate ale osului alveolar
- E. rezilienta scazuta a mucoasei fixe

(pag. 588)

15 Cauzele bascularii transversale a protezelor totale pot fi :

- A.** erori de amprentare
- B.** atrofia exagerata a crestei alveolare
- C. folierea torusului palatin
- D. extinderea pe 2/3 a tuberculului piriform
- E. montarea dintilor pe mijlocul crestei

(pag. 588)

16 Ce masuri se iau in vederea imbunatatirii mentinerii protezei totale?

- A.** se degajeaza frenul buzei superioare
- B.** se subtiaza si se scurteaza marginile la nivelul zonelor Eisenring
- C. se scurteaza marginile la nivelul tuberculului piriform
- D. se scurteaza la nivelul zonei de inchidere posterioare
- E.** se degajeaza ligamentul pterigo-maxilar

(pag. 588)

17 Ce masuri de igiena se recomanda pacientului purtator de proteze totale?

- A. sa curete proteza cu pasta de dinti
- B.** sa curete si maseze zilnic gingiile cu o periuta moale
- C.** sa curete proteza cu sapun
- D.** sa pastreze proteza intr-o solutie de curatat pe timpul noptii
- E. sa nu foloseasca substante adezive

(pag. 591-592)

18 Ce probleme poate intampina purtatorul de proteze totale:

- A.** masticatie dificila
- B.** inflamatie mucoasei crestei edentate
- C. la incizia alimentelor protezele se desprind
- D.** dificultati in vorbire
- E.** disconfort produs de purtarea protezelor

(pag. 592)

19 Corectarea relatiilor ocluzale ale protezatului total se face:

- A. cu ajutorul hartiei de articulatie pe fiecare hemiarcada
- B.** cu ajutorul pietrelor de mici dimensiuni
- C.** se verifica montarea corecta a dintilor
- D.** mandibula este condusa de catre medic in RC
- E. se foloseste hartia de articulatie in forma de potcoava

(pag. 590)

20 Care sunt zonele la nivelul carora pot aparea frecvent leziuni la purtatorii de proteze totale?

- A.** torusul-mandibular
- B.** bridele vestibulare laterale
- C. crestele acoperite de mucoasa rezilienta
- D.** zonele retentive ale crestelor edentate
- E.** tuberozitatea maxilara

(pag. 583)

*** 21 Care din urmatoorii factori reprezinta cauza bascularii transversale a protezei totale mandibulare:**

- A. Rezilienta scazuta a mucoasei fixe
- B.** Montarea dintilor laterali in afara crestei edentate
- C. Montarea dintilor laterali pe mijlocul crestei edentate
- D. Extinderea corecta a protezei pe tuberculul piriform pana la limita insertiei ligamentului pterigo-mandibular
- E. Extinderea corecta a protezei pe tuberculul piriform pe cele 2/3 anterioare ale acestuia

(pag. 586)

22 Cauzele bascularii transversale dupa aplicarea protezei totale maxilare pot fi:

- A. Rezilienta scazuta a mucoasei fixe de pe creste
- B.** Nefolierea sau folierea insuficienta a torusului palatin
- C.** Rezilienta crescuta a mucoasei fixe de pe creste
- D.** Erori de amprentare
- E.** Montarea dintilor laterali in afara crestei

(pag. 588)

23 Cauzele posibile ale lipsei stabilitatii protezelor totale sunt:

- ☒ A. Margini prea scurte
 - ☒ B. Dimensiunea verticala de ocluzie prea mare
 - ☒ C. Dimensiunea verticala de ocluzie prea mica
 - D. Igiena orala deficitara
 - E. Baza perforata
- (pag. 584-585)

Tema nr. 69

Stomatopatiile protetice la edentatul total

Bibliografie asociata temei:

N. Forna (coordonator), C. De Baat, L. Lascu, M. Pauna - Protetica dentara Vol. II, Editura Enciclopedica, Bucuresti, 2011.
pag. 593-693

*** 1 Care dintre urmatorii factori apartine factorilor locali care ar putea contribui la aparitia unei stomatopatii protetice?**

- A. diabetul zaharat
- B. arterioscleroza
- C. hemopatiile
- ☒ D. autocuratarea
- E. inaintarea in varsta

(pag. 593)

*** 2 Care din urmatoarele forme clinice de stomatopatii protetice apartine reactiilor tardive marginale?**

- A. eroziuni in situ
- B. alergice
- ☒ C. ulceratii de decubit
- D. leziuni eritemato-conjunctive
- E. hipertrofii

(pag. 595)

*** 3 Cu ce antiseptice se fac local spalaturi in reactiile imediate totale ale stomatopatiilor protetice?**

- A. cloramina 5%
- B. permanganat de potasiu 2 %
- C. colutorii cu fenegan 110 mg si glicerina 30 gr
- ☒ D. cloramina 3%
- E. cloramina 4%

(pag. 596)

*** 4 Sub ce forma apar hiperplaziile epiteli-conjunctive rezultate in urma iritatiilor cronice exercitate de marginile neregulate ale protezelor?**

- A. hipertrofii
- ☒ B. franjuri
- C. leziuni eritematoase
- D. eroziuni
- E. ulceratii

(pag. 598)

*** 5 Care din urmatoarele forme apartine candidozelor acute?**

- A. hipertrofica
- B. hiperplazica
- ☒ C. pseudomembranoasa
- D. forma localizata
- E. forma familiala

(pag. 599)

6 Care sunt factorii generali incriminanti in aparitia stomatopatiilor protetice ?

- ☒ A. diabetul zaharat
- B. purtarea timp indelungat a unor proteze necorespunzatoare
- ☒ C. bolile vasculare
- ☒ D. inaintarea in varsta
- E. autocuratarea

(pag. 593)

7 Care sunt factorii locali care ar putea contribui la aparitia unei stomatopatii protetice?

- A. hemopatiile
- ☒ B. autocuratarea
- ☒ C. cresterea temperaturii locale sub placa acrilica
- ☒ D. microporozitatiile acrilatului
- ☒ E. imperfectiunile de executie a protezei

(pag. 593)

8 Care sunt teoriile etiopatogenice ale stomatopatiilor protetice?

- ☒ A. teoria chimicotoxica
- ☒ B. teoria fragilitatii capilare
- C. teoria chimica
- D. teoria mecanica
- ☒ E. teoria bacteriotoxica

(pag. 594)

9 In clasificarea stomatopatiilor protetice care sunt reactiile imediate marginale ?

- A. alergice
 - B. eroziuni in situ**
 - C. eroziuni la insertia protezei**
 - D. ulceratii de decubit
 - E. hiperplazii
- (pag. 595)

10 Dintre zonele unde apar eroziunile marginale care sunt cele mai frecvente localizari?

- A. linia oblica interna, mai ales in zona ei posterioara**
 - B. in dreptul frenurilor si a bridelor nedegajate**
 - C. la zona Ah ,datorita gravarii exagerate**
 - D. la nivelul tuberozitatii maxilare
 - E. in dreptul crestei zigomato-alveolare**
- (pag. 595)

11 Datorita caror factori apar reactiile imediate bazale?

- A. structurii chimice a protezelor
 - B. captusirea protezelor cu acrilat autopolimerizabil
 - C. atrofia campului protetic si infundarii consecutive a protezelor purtate timp indelungat
 - D. realizarii inadecvate a fetei interne a protezei**
 - E. configuratia neregulata a campului protezei**
- (pag. 596)

12 Care sunt caracteristicile leziunilor de decubit?

- A. flora microbiana moderata**
 - B. frecvent diskertoza
 - C. mai frecvent in zona canina la maxilar si in regiunea anterioara la mandibula**
 - D. flora microbiana absenta
 - E. adenopatie moderata si inconstanta**
- (pag. 597)

13 In cadrul stomatopatiilor protetice, datorita caror boli pot aparea reactii tardive totale?

- A. afectiuni hepatice**
 - B. avitaminoze, mai ales in cele din grupa B**
 - C. afectiuni renale acute
 - D. anemii**
 - E. diabet**
- (pag. 597)

14 Care sunt factorii locali sau generali preexistenti a caror prezenta poate fi legata de aparitia unei candidoze orale?

- A. varsta**
 - B. deficientele imunologice congenitale**
 - C. iritatiile locale cronice datorate protezelor mobile incorect adaptate**
 - D. igiena orala buna
 - E. atrofia tesuturilor
- (pag. 599)

15 Dintre candidozele orale care sunt formele muco-cutanate?

- A. atrofica
 - B. hipertrofica
 - C. forme localizate**
 - D. familiala**
 - E. sindroame-asociate**
- (pag. 600)

Tema nr. 70

Reoptimizarea protezelor mobile

Bibliografie asociata temei:

N. Forna (coordonator), C. De Baat, L. Lascu, M. Pauna - Protetica dentara Vol. II, Editura Enciclopedica, Bucuresti, 2011. pag. 693-703

*** 1 Care din urmatoarele afirmatii reprezinta o contraindicatie in captusirea protezelor partial acrilice cu materiale rigide?**

- A. DVO supraevaluata**
 - B. atrofia avansata a zonei de sprijin
 - C. instabilitatea protezei cu basculare pe un torus proeminent
 - D. deficientele clinice si de laborator
 - E. profilaxia tesuturilor sensibile la presiuni masticatorii
- (pag. 693)

*** 2 La captusirea directa a protezelor in cavitatea orala cat se indeparteaza prin frezare de pe fata interna a seilor acrilice si de pr maginile seilor?**

- A. 0,5 mm
 - B. 2 mm
 - C. 0,5-1 mm**
 - D. 1,5 mm
 - E. 0,7 mm
- (pag. 694)

*** 3 Care este accidentul care duce la deteriorarea protezelor parțiale acrilice ce impune necesitatea reparației?**

- A.** fracturarea în timpul igienizării
- B. folierea necorespunzătoare a torusului palatin
- C. montarea în afara creștelor laterali
- D. îndepărtarea neglijentă a protezelor din tipare după polimerizare
- E. deficiențele de preparare ale acrilatului

(pag. 698)

*** 4 Cum pot fi grupate reparațiile protezei parțiale acrilice?**

- A.** repararea bazei protezei fracturate și fisurate
- B. reparații pentru înlocuirea tuturor dinților
- C. reparații pentru înlocuirea croșetelor acrilice
- D. completarea tuturor dinților
- E. completarea bazei în cazul extracției dinților frontali

(pag. 688)

*** 5 Care este regula ce trebuie respectată în toate situațiile în care se impune reparația unei proteze?**

- A.** se va evita modificarea vechilor rapoarte ale protezei pe câmpul protetic
- B. reparațiile nu se execută repede
- C. acrilatul aplicat nu trebuie să confere protezei suficientă rezistență
- D. în timpul reparației se aplică monomerul de acrilat autopolimerizabil pe dinții acrilici
- E. se vor modifica vechile rapoarte ale protezei pe câmpul protetic

(pag. 703)

6 Care sunt indicațiile captusirii protezelor mobile?

- A.** în caz de instabilitate cu basculare pe un torus proeminent
- B.** în deficiențele clinice sau de laborator
- C.** pentru ameliorarea menținerii la o proteză subextinsă
- D. în migrări ale dinților stalpi care sprijină edentate cu pierderea punctelor de contact
- E.** în cazul protezării imediate urmate de resortii rapide a proceselor alveolare

(pag. 693)

7 Care sunt contraindicațiile captusirii protezelor mobile?

- A.** dinții laterali montați în afara creștei
- B.** DVO supraevaluată
- C. atrofia avansată a zonei de sprijin osteo-mucoase
- D.** inflamația parodontală avansată cu mobilitatea dinților restanți
- E. în caz de instabilitate cu basculare pe un torus proeminent

(pag. 693)

8 Care sunt avantajele captusirii directe a protezelor parțiale acrilice?

- A. riscul de iritație pe mucoasa orală
- B.** se efectuează direct pe mucoasa fără folosirea unui model
- C.** rapiditate- se realizează într-o singură fază clinică
- D.** economie
- E. dacă dezinsertia acrilatul polimerizează în spațiile interdente

(pag. 694)

9 Dintre timpii operatori ai captusirii directe a protezelor parțiale acrilice care sunt cei care nu fac parte?

- A. badijonarea cu monomer asupra feței frezate
- B. aplicarea pe zona de lucru a unui strat de acrilat autopolimerizabil
- C.** după terminarea polimerizării, proteza nu se scoate imediat din cavitatea orală
- D.** câmpul protetic nu se igienizează
- E.** proteza nu mai este trimisă în laborator

(pag. 694)

10 Care sunt indicațiile captusirii cu materiale reziliente a protezelor mobile?

- A. substratul muco-osos nu este sensibil la presiuni masticatorii
- B.** masticatie dificilă
- C.** leziuni de decubit
- D. nu există leziuni de decubit
- E.** inflamația dureroasă și mobilitate a mucoasei care acoperă creștele alveolare

(pag. 696)

11 Dintre cauzele ce determina deteriorari ale protezelor partiale acrilice care impun necesitatea reparatiei , care sunt deficientele bazelor protezelor?

- A.** deficientele de preparare , indesare si polimerizarea acrilatului
- B.** indepartarea neglijenta a protezelor din tipare dupa polimerizare
- C.** folierea necorespunzatoare a torusului palatin
- D.** grosimea neuniforma a bazei protezei
- E. indepartarea cu atentie a protezelor din tipare (pag. 698)

12 Cum pot fi grupate reparatiile protezei partiale acrilice?

- A.** repararea bazei protezei fracturate si fisurate
- B. reparatie pentru inlocuirea tuturor dintilor
- C. reparatie pentru inlocuirea crosetelor acrilice
- D.** completarea unui sau a mai multor dinti
- E.** completarea bazei in cazul extractiei dintilor distali (pag. 699)

13 In tehnica de repunere a unui dinte pe proteza cand acesta este numai detasat ce etape nu fac parte?

- A. dintele se repune in lacas pentru ai verifica pozitia
- B. se indeparteaza dintele si se creaza retentii
- C.** zonele de placa si dintele nu se umecteaza
- D.** acrilatul se introduce in afara zonelor de retentie create
- E.** nu se prelucreaza si nu se lustruiește zona (pag. 701)

14 Care din urmatoarele etape fac parte din tehnica completarii unui sau mai multor dinti la o proteza partial acrilica?

- A.** se izoleaza modelul si cheia vestibula-ocluzala
- B.** se prepara pasta de acrilat si se aplica in portiunea dintre dinti si model
- C. dupa polimerizare ,proteza nu se prelucreaza si nu se lustruiește
- D.** se aleg sau se confectioneaza dintii din acrilat si se probeaza in spatiul ramas liber dupa extractie
- E.** se realizeaza o cheie vestibulo-ocluzala din ghips (pag. 703)

15 Care sunt regulile ce trebuie respectate in toate situatiile in care trebuie reparata o proteza?

- A.** reparatiile se executa repede
- B. se vor modifica vechile rapoarte ale protezei cu campul protetic
- C.** acrilatul aplicat trebuie sa confere rezistenta si durabilitate in timp
- D.** se va evita aplicarea monomerului de acrilat autopolimerizabil pe dintii acrilici
- E.** dupa polimerizare proteza se lustruiește (pag. 703)

*** 16 Inlocuirea materialului de captusire temporara cu acrilat autopolimerizabil trebuie facuta:**

- A. Dupa ce materialul provizoriu si-a pierdut proprietatile
- B. Dupa ce materialul provizoriu devine elastic
- C. Dupa ce materialul provizoriu a devenit granulos
- D.** Inainte ca materialul provizoriu sa-si piarda proprietatile
- E. Dupa ce materialul provizoriu altereaza tesuturile din zona de sprijin muco-osos (pag. 696)

17 Care dintre urmatoarele afirmatii constituie avantaje ale metodei de captusire indirecta a protezelor mobile:

- A.** Nu exista risc de iritatie pentru mucoasa bucala
- B.** Dupa captusire, materialul este omogen, fara porozitati
- C.** Amprentarea se poate repeta in caz de nereusita
- D. Pacientul ramane disfunctionalizat cat dureaza fazele de laborator
- E. Dureaza mai mult prin solicitarea laboratorului de tehnica dentara (pag. 695)

18 Care din urmatoarele afirmatii reprezinta indicatii ale captusirii protezelor partiale acrilice cu materiale rigide:

- A.** In caz de instabilitate, cu basculare pe un torus proeminent
- B. Dimensiunea verticala de ocluzie supraevaluada
- C. Migrari ale dintilor stalpi catre spatiile edentate cu pierderea punctelor de contact
- D. Dintii laterali montati in afara crestei
- E.** In cazul protezarilor imediate urmate de resorbti rapide ale proceselor alveolare (pag. 693)